

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem**  
**de Reabilitação na recuperação da marcha**

**Dina Maria Troncão Baião Peças**

**Lisboa**

**2016**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação na recuperação da marcha**


**Dina Maria Troncão Baião Peças**

Orientador: Prof<sup>a</sup> Doutora Maria Fátima Mendes Marques

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Enquanto estiveres vivo, sente-te vivo. Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo. Continua, quando todos esperam que desistas. Faz com que em vez de pena, te tenham respeito. Quando não consegues correr através dos anos, trota. Quando não consegues trotar, caminha. Quando não consegues caminhar, usa uma bengala. Mas nunca te detenhas!”*

Madre Teresa de Calcutá (1910-1997) (s.d.)

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais Baião e Mavilde.

Ao meu marido David.

Aos meus filhos Maria e Manuel.



## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu esposo que de uma forma especial e carinhosa me deu força,  
coragem e apoiou nas dificuldades.

Aos meus pais pela força, estímulo e palavras de apreço naqueles momentos  
tortuosos.

A todos os colegas de trabalho pela amizade e entreajuda, que de uma forma  
ou de outra, estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez  
mais a pena.

Aos colegas de curso pelos momentos de aprendizagem e pelas palavras de  
ânimo e encorajamento para continuar.

Ao meu grupo de trabalho, Clara Gonçalves, Lúcia Pereira, Joana Morracheira  
e Tiago Cardoso por todos os momentos.

A todos os profissionais de Enfermagem que comigo partilharam a sua  
experiência profissional.

À Professora Doutora Maria Fátima Mendes Marques pela amizade, carinho,  
disponibilidade, paciência e dedicação sempre demonstrada.

A todos muito OBRIGADA.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEB – Escala de Equilíbrio de Berg

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

PECS – Picture Exchange Communication System

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSN – Rehabilitation Specialist Nurse

S2 – Segunda Vértebra Sagrada

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNC – Sistema Nervoso Central

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VNI – Ventilação Não Invasiva

## RESUMO

A marcha é uma tarefa funcional que exige interações complexas e coordenação entre as principais articulações do corpo. É descrita como a função mais desejada do ser humano e a glória máxima da locomoção (Leite & Souza, 2012). Considerando que a diminuição da força muscular é um dos principais problemas com repercussões na locomoção, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem um papel fulcral no cuidar da autonomia da pessoa, sendo importante que o indivíduo reaprenda o movimento normal (Bobath, 1990). A imobilidade é responsável por inúmeras complicações, pelo que vários estudos demonstram que o tipo de mobilização mais frequentemente afetada é a deambulação com 55,1% e 53% (Bourdin et al, 2010, Cintra et al, 2013).

O presente relatório tem como finalidade uma análise reflexiva, espelhando a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas através das atividades concretizadas, tendo em conta o percurso de aprendizagem e os objetivos específicos delineados para cada contexto de estágio. Os mesmos decorreram em comunidade, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e em meio hospitalar, num Serviço de Medicina de um Hospital Central. O desenvolvimento de competências do EEER tem por base os regulamentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), designadamente o perfil de competências comuns e específicas do EEER. Como forma de construção e sustentação da problemática este relatório sustenta-se no modelo teórico de Dorothea Orem, uma vez que este descreve e explica por que razões as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem.

Em conclusão, relativamente à recuperação da marcha, a intervenção do EEER assenta na manutenção da força muscular, coordenação motora, padrão de marcha, estabilidade postural, tolerância ao esforço, amplitude articular e função proprioceptiva (OE, 2015a). É por esta razão que a intervenção do EEER passa a ser uma exigência quando a pessoa se considera incapacitada ou limitada na promoção do autocuidado contínuo e eficaz.

**Palavras-chave:** Enfermeiro Especialista, Reabilitação, Recuperação da marcha.

## **ABSTRACT**

The march is a functional task that requires complex interactions and coordination among the major joints of the body. It is described as the most desired function of the human being and the maximum of locomotion glory (Leite & Souza, 2012). Considering that the decline in muscle strength is a major problem affecting the locomotion, the Rehabilitation Specialist Nurse (RSN) plays a key role in taking care of people's autonomy, and it is important that the individual relearn the normal movement (Bobath, 1990). Immobility is responsible for numerous complications, and several studies have shown that most often affected type of mobilization is ambulation with 55.1% and 53% (Bourdin et al, 2010 Cintra et al, 2013).

This report's object is a reflective analysis, reflecting the acquisition and development of specialized skills through activities concretized, taking into account the learning process and the outlined specific objectives for each context of internship. Those took place in the community, in an Integrated Continuous Care Team, and in hospital, in a Medical Service of a Central Hospital. The development of RSN skills is based on the regulations emanated by the Nurses Order, namely the profile of common and specific skills of the RSN. As a way of building and sustaining the problematic this report supports on the theoretical model of Dorothea Orem, since it describes and explains the reasons why people can be helped through nursing care.

In conclusion, regarding the recovery of the march, the intervention of the RSN is based on maintaining muscle strength, motor coordination, gait pattern, postural stability, exercise tolerance, joint's amplitude and proprioceptive function (OE, 2015a). This is why that the RSN's intervention becomes a requirement when the person is considered disabled or limited in the promotion of continuous and effective self-care.

**Keywords:** Nurse Specialist, Rehabilitation, Gait recovery.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>16</b>
1.1. APRENDER A REABILITAR SEGUNDO A PERSPETIVA DE DOROTHEA OREM.....	16
1.2. <i>LEGIS ARTIS</i> NA RECUPERAÇÃO DA MARCHA.....	21
1.2.1. O EEER e os auxiliares de marcha .....	28
1.2.2. Tecnologia Robótica na reabilitação da marcha .....	29
<b>2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ....</b>	<b>31</b>
2.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO: EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (ECCI) .....	32
2.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO HOSPITALAR: SERVIÇO DE MEDICINA.....	40
<b>3. AVALIAÇÃO GLOBAL DE APRENDIZAGENS.....</b>	<b>49</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>58</b>

## APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO

APÊNDICE II – REFLEXÃO 1

APÊNDICE III – REFLEXÃO 2

APÊNDICE IV – ESTUDO DE CASO

APÊNDICE V – PLANO DE CUIDADOS 1

APÊNDICE VI – PLANO DE CUIDADOS 2

APÊNDICE VII – FOTOGRAFIAS

APÊNDICE VIII – GUIA DE EXERCÍCIOS E FOLHA DE REGISTO

APÊNDICE IX – ESQUEMA DA TEORIA DE DOROTHEA OREM

APÊNDICE X – PECS

APÊNDICE XI – FOLHA DE EXERCÍCIOS DE MÍMICA FACIAL

APÊNDICE XII – PROJETO MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

APÊNDICE XIII – NORMA DE PROCEDIMENTO

## **ANEXOS**

ANEXO I – EXERCÍCIOS DE COORDENAÇÃO MOTORA

**INDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Ciclo da marcha. ....26

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 3º semestre do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, surge a elaboração deste relatório que descreve, analisa e problematiza a área em estudo e, ainda, identifica as competências desenvolvidas no âmbito do perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), em articulação com as competências do grau de Mestre.

A elaboração deste relatório representa o culminar dos estágios, em comunidade, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e em meio hospitalar num Serviço de Medicina de um Hospital Central. Tem como finalidade espelhar a aquisição e desenvolvimento de competências do EEER tendo por base os regulamentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE). De acordo com o definido no perfil de competências do EEER, este concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento nº 125/2011, p 8658).

Além disso, o mesmo regulamento descreve que o EEER intervém de modo a promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, assegurando a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenindo complicações, evitando incapacidades e/ou minimizando o impacto das incapacidades já instaladas (Regulamento nº 125/2011, p 8658), promovendo, desta forma, a qualidade dos padrões do movimento, incentivando ainda a aprendizagem de capacidades motoras, nomeadamente no âmbito da manutenção da força muscular, coordenação motora, padrão de marcha, estabilidade postural, tolerância ao esforço, amplitude articular e função propriocetiva.

É neste enquadramento do exercício profissional especializado que o EEER atua na preparação para a marcha através da manutenção da amplitude de movimentos articulares, posicionamentos adequados no leito e levante.

No que concerne aos contextos de estágio, estes possibilitaram desenvolver tanto as competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como as competências específicas do EEER, que serão posteriormente descritas e analisadas.



Entende-se por competências comuns “as partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (OE, 2010a) e por competências específicas as “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (OE, 2010a).

Com a implementação do trabalho projeto, desenvolvi as competências referentes aos quatro domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente as referentes aos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (OE, 2015b), bem como as competências específicas do EEER (Regulamento nº 125/2011, p 8658), designadamente: “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

Para haver desenvolvimento de competências tem que haver desenvolvimento do conhecimento e para isso é necessário adotar processos de investigação e prática baseada na evidência de cariz estruturante para a profissão (OE, 2015c).

Neste sentido, os objetivos e as atividades planeadas que proporcionaram o desenvolvimento destas competências, encontram-se sob a forma de quadro que se remete para consulta em Apêndice I.

A escolha do tema central baseou-se na seleção de uma área de interesse pessoal, onde destaco a constatação em contexto de trabalho do declínio da função da marcha devido ao repouso prolongado, tendo este evento um impacto relevante na pessoa do ponto de vista clínico, pessoal e social.

A escolha baseou-se, ainda, na sua identificação como área prioritária de investigação em Enfermagem de Reabilitação, decorrente da análise dos documentos orientadores da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE, nomeadamente o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, o Core de

Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e as Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Desta forma, germinou de um projeto de estágio, que se encontra em Apêndice I, o presente Relatório de Estágio intitulado: “A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na recuperação da marcha”.

Considerando Marcha ou deambulação um tipo de locomoção, proveniente do latim *locus*: lugar e *movere*: mover, define-se como uma habilidade inata e primordial para a vida do ser humano, proporcionando autonomia e independência. Para tal, a locomoção é feita pelo gatinhar, rastejar, mover-se em cadeira de rodas e deambular (Leite & Souza, 2012)

O padrão da marcha é um padrão bípede gerado pelo sistema sensório-motor onde são utilizados movimentos corporais cíclicos que se repetem indefinidamente a cada passo. Posto isto, a marcha é uma tarefa funcional que exige interações complexas e coordenação entre as principais articulações do corpo, nomeadamente da extremidade inferior. É descrita como a função mais desejada do ser humano e a glória máxima da locomoção (Leite & Souza, 2012), está intimamente ligada ao controle postural, uma vez que é a perturbação do equilíbrio que permite a atuação urgente do controle motor em procurar restituir o equilíbrio (Haro, 2014).

A imobilidade, o descondicionamento físico e a fraqueza muscular são os problemas mais frequentes e que estão associadas a uma maior incapacidade, exigindo reabilitação prolongada para que seja possível o regresso ao seu nível basal de funcionamento. Deste modo, o levante precoce é identificado como estratégia terapêutica para melhorar a funcionalidade da pessoa e acelerar o regresso ao quotidiano (Pinheiro & Christofoletti, 2012), sendo que levante precoce é compreendido como a retirada da pessoa do leito nas primeiras 24 horas (Silva, Nascimento & Brito, 2013) após evento gerador de imobilidade.

A realização do presente trabalho surge de forma a analisar qual a problemática que envolve as alterações ao padrão da marcha, tendo como pergunta de partida “Quais as competências que o EEER deve desenvolver para dar resposta às necessidades da pessoa na recuperação da marcha?”. A partir desta identifico como perguntas secundárias à pergunta de partida, “Quais as intervenções

específicas do EEER para operacionalizar o treino de marcha?"; "Quais as intervenções do EEER a operacionalizar nos cuidados à pessoa na recuperação da marcha?" e ainda, "Qual a intervenção do EEER na aplicação de produtos de apoio no treino de marcha?".

Relativamente aos objetivos, defino como objetivo geral do relatório desenvolver competências do EEER na recuperação da marcha e como objectivos específicos: desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista; desenvolver competências específicas do EEER; prestar cuidados especializados de reabilitação à pessoa na recuperação da marcha; promover a autonomia da pessoa na recuperação da marcha pela utilização de produtos de apoio.

Para Hoeman (2011), quando uma pessoa é incapaz de mover uma parte do corpo ou a sua totalidade em consequência de doença, acidente ou tipologia de tratamento, podem ocorrer, a curto prazo, inúmeras complicações.

Berger e Mailloux-Poirier (1995) apontam como efeitos colaterais da imobilidade prolongada o encurtamento dos músculos, a diminuição da atividade articular bem como a limitação da amplitude de movimentos, levando a destruição de proteínas e subsequente diminuição da produção das mesmas resultando em alterações estruturais e metabólicas do músculo.

Nesta ótica, Parada e Pereira (2003) referem que, perante o repouso prolongado no leito, um músculo pode perder 1 a 3% por dia e 10 a 15% da sua força em cada semana, o que significa que uma pessoa que esteja submetida a uma imobilização de 3 a 5 semanas pode perder metade da sua força muscular. Estudos mais recentes apontam para perda de massa muscular, até 40% da força muscular durante a primeira semana de imobilização, uma vez que o músculo é mantido imobilizado, um tecido denso é formado em menos de sete dias. Em três semanas, existirão bandas largas de tecido fibroso denso que irão resistir ao alongamento, limitando a amplitude de movimento da articulação (Parry & Puthuchear, 2015).

Considerando que a diminuição da força muscular é um dos principais problemas com repercussões na locomoção, o EEER representa-se com um papel fulcral no cuidar da autonomia da pessoa, sendo importante que o indivíduo reaprenda o movimento normal (Bobath, 1990).

A autonomia psicomotora da pessoa é demonstrada pela sua capacidade de andar e pela motivação para o fazer (Abric & Dotte, 2002), pelo que se justifica a avaliação da mesma através da observação da amplitude de cada passo e os movimentos associados de balanço dos membros superiores (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012). Neste sentido, é importante perceber como todo o corpo se move durante a caminhada, pois caso haja um distúrbio dos membros ou tronco a marcha é afetada (Magee & Sueki, 2012). As causas que levam à alteração do padrão de marcha podem ser devido a lesão dos sistemas nervoso central, nervoso periférico, muscular e osteoarticular (Marek, 2003), bem como do sistema sensorial (audição, visão e tato) e do sistema vestibular (Nunciato, Pereira & Silva, 2012).

Identificadas as causas, cabe ao enfermeiro conhecer as dimensões biopsicossociais associadas à necessidade de se mover e manter a postura, de forma a satisfazer esta necessidade quando a pessoa não possui capacidade para tal. O programa de reabilitação deve ser iniciado precocemente no que diz respeito à prevenção de incapacidades e à promoção da saúde. Quando estabelecemos que o tratamento é de extrema importância, não menos importância tem a delimitação das incapacidades, sendo estas de origem temporária, permanente ou progressiva, havendo que compensá-las para a melhor independência possível (Lima, 2014).

O EEER tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (OE, 2015a). Nesta filosofia de cuidados e conceção da prática dos mesmos, foi revelador encontrar um modelo teórico que desse resposta, na íntegra, aos objetivos da mesma e que sustentasse o exercício profissional.

Para a Enfermagem de Reabilitação, este quadro conceptual remete-nos para o modelo teórico de Dorothea Orem – Teoria do Défice de Autocuidado – como forma de construção e sustentação da problemática, uma vez que esta teoria descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem.

O trabalho desenvolvido por Orem continua atual no que diz respeito ao autocuidado, pois, segundo a mesma, este é uma função humana reguladora em

que os indivíduos têm de desempenhar por si próprios, ou que alguém o executa por eles, com o intuito de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (Orem,1993).

Estruturalmente, este trabalho apresenta três partes, na primeira, o enquadramento conceptual onde identifico e contextualizo a problemática e os principais conceitos mobilizados no projeto bem como a incorporação da filosofia de cuidados que o sustentou, pela sua reveladora importância.

Numa segunda parte, a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas em cada campo de estágio relacionados com os objetivos traçados e ainda a apresentação de atividades não planeadas que se realizaram.

E por último, a avaliação global das aprendizagens, onde serão apresentadas as dificuldades e limitações percebidas na implementação do projeto assim como resultados obtidos com o respetivo contributo para a enfermagem na área de especialidade e, particularmente, com a intervenção do EEER.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Decorrente da necessidade de reflexão sobre uma temática a desenvolver no presente relatório, emergiu o interesse, enquanto futura enfermeira de reabilitação, no cuidado especializado à pessoa com alterações da função motora.

Neste sentido, contribuiu decisivamente para a sua definição enquanto área de interesse pessoal, a constatação em contexto de trabalho do declínio da função da marcha nas pessoas sujeitas a repouso prolongado. Este evento apresenta-se com um impacto significativo na pessoa do ponto de vista clínico e dos seus papéis familiar e social.

Uma vez que recuperar a habilidade de locomover-se está entre as preocupações da pessoa e a locomoção permite independência com impacto direto no retorno ao lar, emergiu, assim, a necessidade de aprofundar esta área do conhecimento e verificar se os cuidados do EEER têm impacto na recuperação da marcha na pessoa sujeita a imobilidade. Como já mencionado anteriormente, a imobilidade é responsável por inúmeras complicações, incluindo a atrofia e a fraqueza muscular, pelo que vários estudos demonstram que o tipo de mobilização mais frequentemente afetada, em situações de imobilidade, é a deambulação com 55,1% e 53% (Bourdin et al, 2010, Cintra et al, 2013). Mota e Silva (2012) afirmam que a mobilização precoce leva a uma redução dos efeitos predisponentes do repouso no leito. Após avaliação global da pessoa, com recurso a exames complementares de diagnóstico, indicação médica validada, sinais vitais estáveis (ausência de dor, fadiga, dispneia) determina-se o tipo, frequência e intensidade da atividade. Para os mesmos autores a atividade pode variar do movimento passivo, sentar na cama, transferir e deambular.

### **1.1. Aprender a reabilitar segundo a perspetiva de Dorothea Orem**

No final dos anos 60, Dorothea Orem desenvolve a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado com pressupostos teóricos que importam fazer referência. Para Orem (1993) todo o ser humano têm potencial para desenvolver as suas habilidades intelectuais e práticas, além da motivação, um bem essencial para o

autocuidado. Em cada pessoa, o autocuidado, é adquirido e aprendido ao longo do seu crescimento e do seu desenvolvimento, através das relações interpessoais e da comunicação, quer no seio familiar, quer no meio social. A essência do autocuidado faz com que se tenha em consideração um conjunto de atividades aprendidas, que estão relacionadas diretamente com as crenças, os hábitos, a cultura e os costumes ao qual pertence a pessoa que o pratica. Este é aprendido e executado deliberadamente, de forma contínua, de acordo com as suas necessidades.

Afirmando-se assim, que o auto cuidado é a capacidade que a pessoa tem de realizar as atividades necessárias para viver e sobreviver, em seu próprio benefício mantendo a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 1993). Uma vez que para Orem (1993), o autocuidado é uma função humana reguladora que a pessoa tem de desempenhar por si própria, ou que alguém a executa por ela, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. A saúde é encarada como a capacidade de ser independente face à satisfação das suas próprias necessidades e o ambiente é tido em consideração na medida do seu contributo para a independência na satisfação das necessidades das pessoas para alcançar o bem-estar (Brito, 2012).

Cada pessoa é detentora de um conjunto de necessidades que prioriza de acordo com o grau de importância para a sua sobrevivência. Esta necessitará de cuidados de enfermagem quando ela própria não consiga satisfazer as suas necessidades, sendo fatores condicionantes a idade, o sexo, o estadió de desenvolvimento, o estado de saúde, os fatores socioculturais, familiares e ambientais e ainda os recursos. Os cuidados de enfermagem têm então, o propósito de assistir e substituir a pessoa, doente ou saudável, naquilo que ela não consegue fazer por si, que faria sem ajuda se tivesse força, vontade ou conhecimentos necessários, sempre com o pressuposto da recuperação da independência ou de uma morte serena (Orem, 1993).

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado é uma teoria central que engloba três teorias que se relacionam entre si, nomeadamente: a teoria do autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si; a teoria do défice de autocuidado, que descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser mantidas para que

se faça enfermagem (Orem, 1993). A autora identifica ainda 5 conceitos relacionados entre si, sendo eles: a ação do autocuidado; a capacidade de autocuidado; a necessidade de autocuidado; o déficit de autocuidado e a intervenção de enfermagem. Os primeiros quatro estão orientados para a pessoa que necessita de cuidados de enfermagem e o último (a intervenção de enfermagem) está orientado para o enfermeiro. O conceito de 'ação' do autocuidado está relacionado com as atividades desempenhadas pela pessoa, espontaneamente, para a manutenção da sua vida, saúde e bem-estar tornando-se num fenómeno ativo, voluntário e intencional que envolve a tomada de decisão. Este processo decorre sob influência de crenças, hábitos, costumes e práticas culturais do grupo, ao qual pertence a pessoa que as executa. O conceito 'capacidade de autocuidado' diz respeito à capacidade de desempenho adquirida e utilizada pela pessoa para efetuar as atividades de autocuidado. A 'necessidade de autocuidado', terceiro conceito, inicia-se quando se determina o comprometimento dos requisitos de autocuidado que podem ser do tipo: universal, desenvolvimento e desvio da saúde. Por sua vez o 'déficit de autocuidado' acontece entre a capacidade de ação da pessoa e as suas necessidades. Desta forma, o déficit encontra-se numa relação entre as ações que a pessoa deveria desenvolver e aquelas que têm capacidade de desenvolver, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. O último conceito é o de 'intervenção de enfermagem', em que o enfermeiro prescreve, proporciona e regula a compensação ou ajuda dada a outros como resposta às necessidades de autocuidado da pessoa (Orem, 1993).

Para compensar os défices de autocuidado manifestados pela pessoa, Orem criou uma teoria designada Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Estes sistemas não são mais que um conjunto de intervenções de enfermagem, que vão desde o planeamento à execução, visando o cuidar da pessoa mediante os seus graus de dependência e promoção do seu autocuidado (Cunha, Cardoso & Oliveira, 2005) podendo ser totalmente compensatórias (compensar a incapacidade, apoiar e proteger), parcialmente compensatórias (substituir a pessoa em algumas atividades) e/ou de apoio-educação (ajudar na tomada de decisão, fomentar a aprendizagem, fornecer informação), tendo por objetivo satisfazer e modificar os requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e os desvios da saúde. O requisito



universal representa a ação humana que mantêm a estrutura e funcionamento humano, durante todos os estadios do ciclo vital estando interligado a aspetos de idade, sexo, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros.

O requisito de desenvolvimento está associado a processos de desenvolvimento humano, assim como às condições e eventos que ocorrem durante as etapas do ciclo vital como, infância, adolescência, envelhecimento, gravidez e parto, situação de casamento, divórcio, situações de emprego no percurso da vida. E, por último, o requisito de desvio da saúde está associado a patologias e às medidas de diagnóstico e terapêutica médica. Na teoria do autocuidado a abordagem é orientada para a saúde centrada numa visão holística. São as atividades que as pessoas principiam e desempenham pessoalmente em seu próprio benefício para manter a vida, que lhe confere o caráter pessoal e contínuo (Orem, 1993).

No défice de autocuidado ocorre uma parceria entre pessoa e enfermeiro na qual os problemas são identificados e determinam as áreas e o tipo de intervenção apropriada. Contudo, a participação da pessoa no plano de cuidados é importante para o desenvolvimento do próprio plano, sobretudo por contribuir para uma diminuição na dependência da pessoa. Assim sendo, esses cuidados podem ser realizados pelo enfermeiro, quando as capacidades da pessoa são insuficientes para satisfazer uma determinada necessidade de cuidado ou se perspetive diminuições de habilidades do autocuidado (Orem, 1993). Esta situação culmina numa relação entre défice de autocuidado e a intervenção de enfermagem. Para Orem (1993) enfermagem é sinónimo de cuidado, cuidado intencionado, com objetivos específicos que orientam e iniciam a própria pessoa eficazmente fomentando a independência. A pessoa é a principal responsável por manter e melhorar a sua própria saúde e o objetivo de enfermagem é ajudar a pessoa a cumprir as demandas de autocuidado terapêutico. A pessoa necessita de cuidados de enfermagem quando ela própria não consegue satisfazer as suas necessidades. Os cuidados de enfermagem passam a ter a função de assistir e substituir a pessoa, doente ou saudável, naquilo que ela não consegue fazer por si, que faria sem ajuda se tivesse força, motivação e/ou conhecimentos necessários, com o pressuposto da recuperação da independência. A saúde é encarada como independência face à

satisfação das suas necessidades e o ambiente é tido em consideração pelo contributo para a independência na satisfação das necessidades da pessoa (Orem, 1993; Brito, 2012).

A condição que valida a existência de um requisito para a enfermagem num adulto é a ausência de saúde associada à capacidade de manter continuamente essa quantidade e qualidade de autocuidado, a qual é terapêutica na manutenção da vida e da saúde, na recuperação de doença ou lesão, ou em lidar com os seus efeitos (Orem, 2001).

O EEER intervém no autocuidado concebendo a sua acção nos sistemas, sistema total ou parcialmente compensatório e de apoio-educação. Na conjugação destes três subsistemas, propostos por Orem, o EEER especifica a forma de intervir, face à situação apresentada, decide em função do diagnóstico e intervém com autonomia para a pessoa, em que identifica cinco métodos a usar para ajudar a pessoa: 1- Atuar por ou fazer por outrem; 2- Orientar e dirigir; 3- Fornecer apoio físico e psicológico; 4- Proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e 5- Ensinar. Encontra-se em Apêndice IX a esquematização da teoria de Dorothea Orem.

O movimento e a capacidade de deslocação espacial da pessoa são elementos da função física extremamente importantes, constituindo-se como pré-requisitos para o desenvolvimento do autocuidado e a manutenção da independência (Carreira, 2012). As atividades que precisam ser reaprendidas abrangem o redescobrir qual o novo papel da pessoa no seio familiar, para poder enfrentar a realidade e os novos problemas do quotidiano. Esses fatores tornam a reabilitação um processo único e específico para cada ser humano e a enfermagem procura atender estas demandas nos aspectos físicos, psicológicos e psicossociais. A condição funcional da pessoa é um dos grandes indicadores da sua saúde. Manter ou recuperar a funcionalidade em determinado contexto, considerando as relações culturais dentro do grupo em que participa como cidadão, é um dos grandes desafios para a sociedade actual e para o EEER. O cuidado requer um agente de cuidado responsável, atento, provedor e que perceba a resposta da sua ação pelo outro (Pereira, 2012). O EEER contribui para ajudar a pessoa a adaptar-se à nova situação de vida uma vez que “ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos

programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos” (Regulamento nº 125/2011, p. 8659) objetivando a melhoria da função motora e sensorial pois nas suas competências, ele identifica as necessidades de intervir para otimizar e ou reeducar a função motora e/ou sensorial (Regulamento nº 125/2011).

## **1.2. Legis Artis<sup>1</sup> na Recuperação da Marcha**

Em meados do século IX o repouso no leito foi introduzido como um tratamento médico para minimizar a ação metabólica no corpo e permitir um foco na cura promovendo a recuperação. No entanto, a falta de atividade física e o repouso prolongado evidenciaram consequências com danos significativos nos sistemas músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório, tegumentar e sistema cognitivo (Parry & Puthuchear, 2015).

O corpo é uma unidade que se evidencia no movimento. A ação do relacionamento com o outro faz-se pela percepção do agir e sentir. Essa ação é realizada de acordo com um tempo e em relação a um espaço que, limitados ou facilitados pelas nossas propriedades psicomotoras, permitem a vivência da nossa pessoa. As atividades diárias provocam modificações no sistema de respostas emocionais e motoras que tornam possíveis diferentes níveis de interação com o mundo, adaptando o ser humano aos desafios da vida. Concretamente, a aprendizagem de habilidades motoras capacita-o a executar movimentos ligados a um determinado fim, como, por exemplo, os relacionados com a marcha (Santos et al, 2014). A marcha é uma tarefa motora complexa, iniciada e orientada por diferentes áreas do cérebro. Recentemente, estudos demonstraram uma clara associação entre a marcha e a cognição porque as funções motoras e cognitivas partilham estruturas neuroanatômicas e processos psicológicos, o que faz com que a pessoa com comprometimento cognitivo apresente alteração na marcha (Bridenbaugh, & Kressig, 2014). A estimulação cognitiva é primordial e abrange todas as atividades que auxiliam o funcionamento cognitivo em geral (memória,

---

<sup>1</sup> Entende-se por *Legis Artis* “o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas aplicáveis independentemente do contexto da prestação de cuidados e da relação jurídica existente” (OE, 2014, p 2).

linguagem, atenção, concentração, abstração, operações aritméticas e praxias) com a aplicação de programas de estímulo individualizados à pessoa (Rodrigues, 2012).

Segundo Magee e Sueki (2012), o ciclo de marcha é um padrão repetitivo, em que se identificam duas fases bem distintas, a fase de apoio e a fase de balanço. No ciclo da marcha 60% é ocupado pela fase de apoio enquanto os restantes 40% pertencem à fase de oscilação.

A marcha bípede, própria do ser humano, é intrinsecamente instável, com uma sucessão de desequilíbrios controlados pelo corpo, devido à posição do centro de massa que está acima da base de apoio, localizado em frente à segunda vertebra Sacrada (S2). O tronco mantém-se ereto sobre as extremidades inferiores, assegurando a manutenção do centro de massa no interior da base de suporte para manter a estabilidade, movendo-se de um ponto para outro com segurança e economia de energia (Haro, 2014). Neste sentido, é importante perceber como todo o corpo se move durante a caminhada, pois caso haja um distúrbio dos membros ou tronco com quebra dos princípios acima referidos, a marcha é afetada (Magee & Sueki, 2012).

A análise do movimento humano, mais concretamente da marcha, despertou interesse já nos tempos remotos, existindo abordagem ao tema por parte de Aristóteles, Leonardo da Vinci, Hipócrates entre outros (Haro, 2014). Na perspetiva de Berger e Mailloux-Poirier (1995) mover-se significa “mexer-se, deslocar-se, estar em movimento”. Para Hoeman (2000), o movimento consiste na ação dos músculos sobre os ossos e as articulações, condicionados pela tonicidade muscular e reflexos posturais (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), envolvendo um processo involuntário e reflexo ou um processo de escolha consciente e deliberada. O grau de movimento do centro de gravidade do corpo durante a marcha define a eficiência da mesma. O centro do corpo tanto se move para os lados como para cima e para baixo durante a marcha, sendo que quanto mais linear e menor a oscilação, mais normal será o padrão de marcha (Magee & Sueki, 2012).

O movimento normal é a capacidade que a pessoa tem de interagir com o meio de uma maneira flexível e adaptável, pelo que a habilidade para se mover presume a existência de capacidades. Essas capacidades envolvem o ambiente, o processamento da informação percebida ao sentir o ambiente, a nitidez das

principais sequências do movimento e a seleção das respostas adequadas, bem como a implementação da resposta motora ajustada (Hoeman, 2000).

A execução ou a produção ordenada de movimentos coloca em jogo um conjunto de elementos, órgãos e sistema nervoso, assim como certos fatores psíquicos (atenção, vontade e autocontrole) (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). A pessoa necessita de proprioceptores intactos de forma a monitorizar a atividade muscular, uma vez que esta não é percebida ou selecionada conscientemente, mas apenas percebida a sua execução. Uma vez que músculo é o elemento motor do corpo humano acionado voluntariamente ou reflexamente, a sua função, vai depender da atividade proprioceptiva intacta, da inervação motora, da carga mecânica e da atividade articular. Assim, a atividade muscular ocorre através da sincronização da ativação e inibição de vários grupos musculares pelo mecanismo de excitação de reflexos. O músculo é o mais mutável dentre os tecidos biológicos e responde a estímulos normais e alteradas com adaptações morfológicas e funcionais o que leva a que a inatividade e a imobilização afetem diretamente a força muscular, resistência à fadiga e vigor (Boechat, Manhães, Filho, & Istoé, 2012).

Na perspectiva de Berger e Mailloux-Poirier (1995), o funcionamento mecânico é simultaneamente dinâmico e estático. O mecanismo dinâmico produz o movimento e o mecanismo estático produz a postura, sendo esta a posição que o corpo ocupa no espaço como resultado do equilíbrio que se manifesta no porte, no movimento e no estado de repouso.

Para que se desenvolva o ciclo da marcha são necessários estar presentes critérios essenciais como integridade musculoesquelética, controlo neurológico, equilíbrio e locomoção (Magee & Sueki, 2012) bem como segurança, velocidade, conforto e distância que se tornam pilares para a ocorrência do ciclo (Bhimani et al, 2012). Esta atividade funcional é complexa, durante a qual são necessários movimentos repetitivos dos membros inferiores, que incluem períodos de descarga do peso e períodos em que os membros inferiores se deslocam livremente no solo (Moreira, Godoy & Junior, 2004). A velocidade da marcha irá determinar a contribuição de cada segmento do corpo, sendo que a velocidade de caminhada normal envolve principalmente as extremidades inferiores, os braços e o tronco, que proporcionam estabilidade e equilíbrio (Magee & Sueki, 2012). Para os mesmos

autores, quanto mais rápida for a velocidade, mais o corpo depende das extremidades superiores e do tronco para a propulsão e para o equilíbrio e estabilidade (Magee & Sueki, 2012).

O equilíbrio corporal é um processo complexo que envolve a recepção e integração de estímulos sensoriais, o planeamento e a execução de movimentos para controlar o centro de gravidade sobre a base de suporte, realizado pelo sistema de controlo postural que integra informações do sistema vestibular e do sistema somatossensorial (Silva et al, 2014). A avaliação do equilíbrio e da marcha é de extrema importância para prevenir e minimizar os efeitos deletérios da imobilidade.

A velocidade é considerada um dos parâmetros isolados que representa a performance da marcha (Medeiros et al, 2012). De acordo com autores supracitados, para realizar a marcha é necessário executar um conjunto de comportamentos motores de forma coordenada, nomeadamente a inclinação, a rotação e a deslocação lateral pélvica, a flexão do joelho e a flexão plantar. Em pessoas saudáveis, a marcha segue um padrão estereotipado de movimentos que se repetem com pouca variabilidade, sendo que a forma como cada uma a executa seja única. No entanto, o padrão da marcha pode sofrer alterações por problemas neurológicos ou outro tipo de patologias (Carreira, 2012). Associado a doenças graves, o repouso prolongado afeta, em simultâneo, órgãos e sistemas, como os sistemas musculoesquelético, osteoarticular, cardiorrespiratório, metabólico, gastrointestinal, geniturinário, cutâneo, entre outros, o que contribui para a redução na capacidade funcional e para o aumento do tempo de internamento (Castro, 2013).

Por sua vez, a imobilidade vai repercutir-se na pessoa e no nível socioeconómico levando a um aumento do tempo de internamento, a uma maior utilização dos recursos, a dependência nas atividades de vida diárias (com maior dependência de terceiros) e, ainda, a necessidade acrescida de suporte familiar e elevados custos sociais (Pinheiro & Christofolletti, 2012).

A ocorrência de fraqueza muscular, consequência da imobilidade, leva a défice na deambulação e comprometimento do regresso da pessoa ao domicílio. Isso reflete-se nos gastos hospitalares, em que quanto maior o tempo de

internamento maior o tempo necessário para a alta hospitalar, logo maiores os gastos com a manutenção da pessoa internada (Castro, 2013).

Moreira (2012) defende que um dos principais objetivos da reabilitação é interferir diretamente no tempo de imobilização no leito, que pode ser afetado por fatores intrínsecos e/ou extrínsecos à pessoa, destacando-se o quadro clínico, o motivo de internamento, a preferência individual por permanecer no leito, a administração de sedação e analgésicos, entre outros.

A intervenção do EEER assenta na recuperação de capacidades motoras, nomeadamente no âmbito da manutenção da força muscular, da coordenação motora, do padrão de marcha, estabilidade postural, tolerância ao esforço, amplitude articular e função proprioceptiva (OE, 2015a), levando a que se capacite a pessoa de forma a favorecer a funcionalidade. É por esta razão que a intervenção do EEER passa a ser uma exigência quando a pessoa se considera incapacitada ou limitada na promoção do autocuidado contínuo e eficaz.

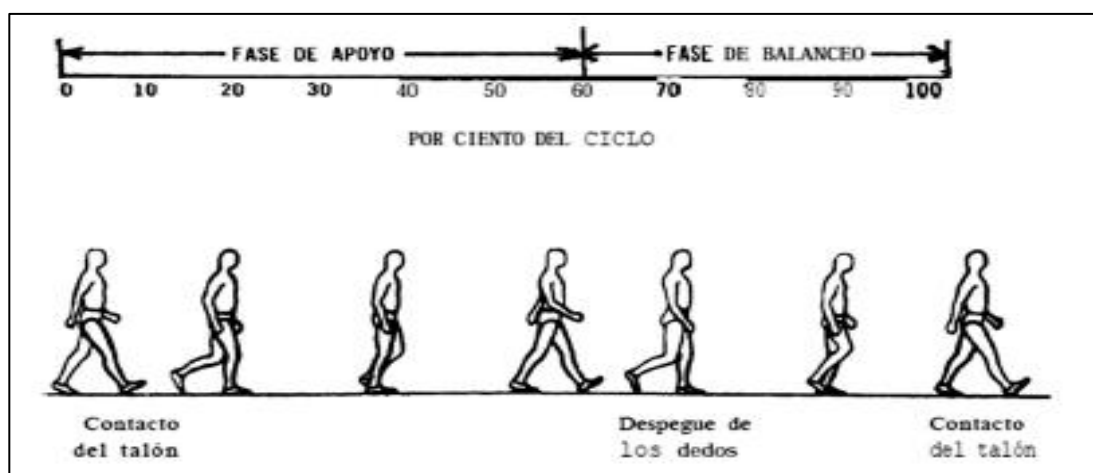
É de extrema importância a elaboração de um planeamento individualizado que possibilite a maximização da função, partindo do princípio que os objetivos são realistas e aceitáveis para a pessoa, pela necessidade de estabelecer um conceito para a restaurar, na sua capacidade máxima, que possibilite o seu regresso à sociedade (Souza & Faro, 2011). Segundo Hesbeen (2003), “aqui reside o seu verdadeiro profissionalismo que, à semelhança dos artistas, se desenvolve e se aperfeiçoa muito para além dos saberes iniciais” (p. 36).

A condição imprescindível para a prática da Reabilitação, enquanto arte, assenta na sensibilidade que o profissional em Reabilitação tem e na conjugação da dicotomia – vontade da pessoa e ideal ou potencial concretizável da mesma (Hesbeen, 2003). Uma vez que a reabilitação da função motora é influenciada positivamente pelo processo de reabilitação cognitiva, as intervenções deverão ser adequadas às capacidades da pessoa de modo a auxiliar o seu percurso de satisfação dos autocuidados.

Como já foi referido, a capacidade de locomoção bípede é o que nos distingue dos outros seres vivos, o andar sobre dois membros inferiores deixa livres as extremidades superiores e permite-nos realizar o autocuidado e interagir com o ambiente que nos rodeia. Mas a capacidade locomotora começa a deteriorar-se

progressivamente ao nível do funcionamento físico, mental e social e por volta dos 60 anos, 15% dos indivíduos apresentam alterações na marcha, 35% aos 70 anos e aumenta para cerca de 50% naqueles com mais de 85 anos (Lorena, 2014). Embora existam diferenças na marcha de cada pessoa, estas diferenças são abrangidas por pequenos detalhes. O ciclo de marcha começa com o contato do pé ao solo e termina com o próximo contato do mesmo pé ao solo. Os dois componentes principais do ciclo da marcha são: fase de apoio e fase de balanço. Uma perna está em fase de apoio quando em contato com o solo e está em fase de balanço, quando não tem contato com o solo (Osório & Valencia, 2013). A seguinte figura permite a visualização da distância linear no plano de progressão entre os pontos de contacto de um pé para o outro.

**Figura 1.** Ciclo da marcha.



Fonte: Osório & Valencia, 2013, p 88.

Para a conservação da posição de pé é necessário agrupar a recuperação do equilíbrio, tônus muscular, força muscular e posicionamento do membro, sendo essencial para retomar da marcha (Freitas, 2015). O equilíbrio e a marcha estão intimamente ligados uma vez que, sem o primeiro o segundo não acontece. O treino de equilíbrio, estático e dinâmico, na posição de sentado e em pé deve começar-se o mais cedo possível, tendo em conta que requer integridade da função vestibular, da propriocepção e da visão (Bhimani et al, 2012).



O EEER pela avaliação dos 12 pares cranianos detecta alterações do foro neurológico, preditivas do comprometimento do treino de equilíbrio. Com enfoque no VIII par craniano, vestibulo-coclear, pela informação relativa ao equilíbrio, os restantes pares cranianos permitem avaliar alterações da visão e propriocepção que influenciam a manutenção do equilíbrio (Freitas, 2015). O que leva a que o EEER concebe e implementa programas de reeducação funcional motora com particular importância na mobilização, posicionamentos terapêuticos, atividades terapêuticas como rolar, ponte, facilitação cruzada, auto mobilização, treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico), treino de marcha com e sem produtos de apoio e treino de subir e descer escadas, com a finalidade manter as funções que irão facilitar a marcha (OE, 2013).

Neste sentido a mobilização é uma terapia que traz benefícios físicos, psicológicos e evita os riscos da hospitalização prolongada, diminuindo a incidência de complicações, acelerando a recuperação. É, por isso, considerada uma terapia que otimiza a recuperação funcional, particularmente nos primeiros dias de internamento (Castro, 2013).

A avaliação da marcha torna-se uma medida importante para perceber como vai evoluir a situação da pessoa após a alta, uma vez que as limitações levam ao condicionamento da autonomia no autocuidado. Existe uma relação entre a capacidade da marcha e o retorno à independência nas atividades de vida, a dependência física definida por vezes como incapacidade funcional é a principal causa para o não autocuidado (Petronilho, 2007), para além disto acresce uma predisposição (da diminuição da capacidade da marcha) para o isolamento social (Baixinho, 2008). Recuperar a habilidade da marcha está entre uma das maiores preocupações da pessoa, uma vez que a locomoção permite independência e tem um impacto direto no retorno ao lar. Os programas de reabilitação da marcha têm como objetivo restabelecer a marcha funcional e também melhorar a qualidade ou desempenho desta. Existem vários equipamentos que podem ajudar a pessoa a deambular. No entanto, é fundamental não esquecer que os mesmos devem ser selecionados com base na situação clínica, na idade e no grau de dependência. Devido aos fatores já elencados, estes equipamentos não deveriam ser partilhados,

pois dificilmente a pessoa que os utilizou anteriormente apresenta as mesmas características do novo utilizador (OE, 2013).

#### 1.2.1. O EEER e os auxiliares de marcha

O padrão da marcha é adquirido na infância e com a prática, o sistema neurosensorial torna-o num processo de adaptação que gera comandos repetitivos de controlo motor, que permitem que o indivíduo caminhe sem esforço consciente (Osório & Valência, 2013). Ao iniciar-se o treino de marcha são estabelecidas metas em ambiente seguro, havendo necessidade da pessoa apresentar equilíbrio estático de pé, o que exige uma avaliação do momento certo para se iniciar este treino. Quando este equilíbrio não se mostra presente o EEER pode sempre recorrer aos produtos de apoio (OE, 2013) que possibilitam o aumento da base de apoio para dar uma maior sensação de segurança, reduzem as demandas mecânicas e o peso nas extremidades inferiores lesionadas (articulações e tecidos moles) e ajudam a compensar o défice de força afetando a progressão do passo (Lorena, 2104).

No âmbito das suas intervenções, o EEER utiliza técnicas específicas de reabilitação com recurso a produtos de apoio, definidos pelo Instituto Nacional de Reabilitação apresentados como “qualquer produto (...) especialmente produzido e disponível, para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar qualquer impedimento, limitação da atividade e restrição na participação” (Despacho nº 144278/2014, p. 29643).

Os produtos de apoio são utilizados de modo a atenuar o problema detetado, sendo estes meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida, culminando em atividades mais independentes. Estes produtos de apoio ajudam a um posicionamento correto do corpo bem como à sua estabilização, permitindo ainda correção de deformidades e execução de tarefas de forma segura (Menoita et al, 2012). Apresento em Apêndice I (Anexo I do Projeto) a legislação em vigor sobre os produtos de apoio, onde se identificam os produtos de prescrição médica obrigatória, bem como os que são prescritos por equipa técnica interdisciplinar. Os tipos de auxiliares de marcha, também designados «produtos de

apoio», mais comuns são: muleta (axilar e canadiana), bengala, pirâmide (tripé e quadripé) e andarilho (OE, 2013).

Estes dispositivos podem melhorar a mobilidade e a independência durante o autocuidado, uma vez que a finalidade do uso de auxiliares de marcha é reduzir a carga na parte inferior do corpo, deve ser avaliada a mobilidade e força muscular da parte superior e, caso seja necessário, efetuar fortalecimento muscular da parte superior do corpo (tronco e membros superiores) para permitir o uso eficaz e seguro dos auxiliares de marcha (OE, 2013).

#### 1.2.2. Tecnologia Robótica na reabilitação da marcha

Na última década, os avanços na tecnologia permitiram-nos otimizar o tratamento das alterações da marcha. As áreas tecnológicas que foram desenvolvidas são mais treino de marcha com carga parcial, robótica e sistema de realidade virtual. Uma grande variedade de dispositivos robóticos foram desenvolvidos, para a recuperação funcional do membro inferior. O desenvolvimento destes dispositivos, intencionalmente, será melhorado para que cada vez mais se aproximem dos movimentos fisiológicos que os seres humanos realizam durante a marcha, não tendo em conta só os aspetos relacionados com a mobilidade. Neste sentido, um dos objetivos do tratamento de reabilitação é para manter ou recuperar a função motora por reaprendizagem de padrões motores perdidos ou não adquiridos, com base no conceito de neuroplasticidade, na capacidade do SNC se regenerar de forma colateral axional e novas sinapses em resposta a estímulos externos para a recuperação de funções perdidas por dano neuronal (Calderón-Bernal et al, 2015).

Com a aplicação de robótica na reabilitação, o restauro da função da pessoa e o desempenho da tarefa é facilitada, uma vez que a utilização destes dispositivos com sistemas de suspensão parcial de peso, reduzem o esforço do EEER e da pessoa, aumentando a qualidade das sessões de treino, sendo estas mais prolongadas e intensas, permitindo assim o aumento do número de repetições, o que aumenta a estimulação motora permitindo a recuperação da lesão SNC, através da criação de novas sinapses neuronais. A utilização de dispositivos com sistema de

suspensão permite a adaptação a pessoas de diferentes tamanhos, além de fazer avançar o início da formação de marcha, em comparação com a terapia convencional. Mas os custos elevados mantêm-nos longe da prática clínica (Calderón-Bernal et al, 2015).

## **2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

A realização deste estágio em contextos de cuidados diferentes (comunidade e hospitalar) foi sem dúvida uma mais-valia para o conhecimento da realidade de cuidados, bem como para o desempenho futuro como Enfermeira Especialista. Surgiram momentos de reflexão e análise que partilhei com os respetivos enfermeiros orientadores, proporcionando oportunidades únicas de desenvolvimento e aperfeiçoamento na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, respeitando o código ético e deontológico da profissão, que segundo o Regulamento nº 122/2011, o Enfermeiro Especialista suporta a decisão em princípios valores e normas deontológicas. Os dois contextos de estágio foram ricos em experiências e aprendizagens e permitiram adquirir competências comuns de Enfermeiro Especialista nos quatro domínios, responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011).

Para se obter sucesso, no processo de reabilitação deve haver motivação e envolvimento da pessoa bem como da sua família e ainda uma correcta avaliação da situação. Nesta avaliação o EEER deve monitorizar pontos como, avaliação neurológica, a amplitude de movimentos, a força muscular, a coordenação de movimentos, a mobilidade, o tónus muscular, a sensibilidade superficial e profunda, as capacidades motoras, assim como a presença de dor, concluindo-se o grau de dependência que a pessoa apresenta para a realização do autocuidado, sendo primordial a sua intervenção, no sentido de o ajudar a realizar as atividades ao mais alto nível funcional, demonstrando como e quando devem utilizar os dispositivos de compensação, promovendo assim o autocuidado.

O caminho da dependência para a independência, que é percorrido pela pessoa, é feito com o acompanhamento do EEER, que vigia todas as alterações ocorridas, adaptando a necessidade de produtos de apoio a cada etapa do programa de reabilitação, de acordo com a evolução apresentada pela pessoa, pois como é referido nas competências do EEER “ensina e supervisiona a utilização de

produtos de apoio (...) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa” (Regulamento nº 125/2011, p 8659). Os cuidados de enfermagem devem ser prestados com o maior envolvimento possível da pessoa/família, de forma a não condicionar a independência no autocuidado, incluindo a capacidade da marcha (Baixinho, 2008).

Sendo que os objectivos da reabilitação vão no sentido de ajudar a pessoa a adquirir e manter o máximo de independência e desempenho seguro nas atividades de autocuidado (Hoeman, 2000), para Menoita et al (2012) as estratégias terapêuticas para atuar na alteração da mobilidade são: facilitação cruzada; indução de restrições forçando o uso do sistema lesado; posicionamentos em padrão anti-espástico que devem ser mantidos até à recuperação total da pessoa; estimulação sensorial, que atua na plasticidade cerebral; mobilizações de todas as articulações, podendo estas ser passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas, de acordo com a evolução da pessoa e atividades terapêuticas que se baseiam no desenvolvimento motor adquirido pelos bebés (rolar, sentar, posição ortostática e marcha).

Para os contextos de estágio foi elaborado um Projeto de Estágio, que serviu de guia orientador para todos os intervenientes, apresentando objetivos pessoais delineados e respetivas atividades, aliados sempre a um período temporal definido que se encontra em Apêndice I.

Pretendo agora realizar uma análise reflexiva ao desenvolvimento de competências especializadas através das atividades desenvolvidas tendo em conta o percurso de aprendizagem e os objetivos específicos delineados para cada um dos contextos.

## **2.1. Desenvolvimento de competências em contexto comunitário: Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**

Com o início desta etapa havia muita expectativa relativamente ao contato com a comunidade. A minha experiência profissional é incluída em cuidados hospitalares e este estágio permitiu a compreensão do processo de cuidados no âmbito da

intervenção do EEER na comunidade uma vez que esta prestação de cuidados engloba diferentes classes sociais.

A integração no contexto de estágio e na equipa foi rápida e facilitada pelo grande espírito de equipa e entreaajuda que existe nesta unidade bem como a aceitação por parte das pessoas e a família/cuidadores informais, pelas fáceis relações empáticas que rapidamente se estabeleceram. A equipa é composta por quatro EEER, em que um dos enfermeiros é o coordenador da Unidade, fazem parte ainda da equipa uma assistente social e uma psicóloga. Cada EEER tem 5 pessoas atribuídas por quem são responsáveis pela prestação de cuidados, dos quais são gestores de caso, ficando ao seu cuidado o diagnóstico, implementação e avaliação dos cuidados prestados. Esta situação permite que o EEER, como afirma Hesbeen (2003) ponha em prática os seus talentos, dispensando atenção à pessoa, e não apenas ao seu corpo, fazendo com que a reabilitação maximize as capacidades da pessoa, permitindo a acessibilidade aos serviços e a intervenção na comunidade (APER, 2010).

Na primeira semana a minha aprendizagem desenvolveu-se com base na observação dos cuidados especializados prestados pela enfermeira orientadora e no conhecimento dos protocolos e da plataforma informática da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), bem como do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Uma vez que a RNCCI tem como missão prestar cuidados adequados, de saúde e apoio social (de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa) a todas as pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência o enfermeiro de reabilitação em contexto comunitário, encontra-se numa posição de destaque, em que ajuda as pessoas a maximizar a sua funcionalidade desenvolvendo-lhe as capacidades (Girão & Guerreiro, 2011). A visita domiciliária permite a avaliação do potencial de reabilitação da pessoa em associação com a situação económica, o apoio, a capacidade e empenho do cuidador/família, bem como o meio envolvente e as condições habitacionais, tendo como requisito para continuidade de cuidados à pessoa, a presença de um cuidador informal. Neste contexto, são evidentes as dificuldades que a população atravessa para ter acesso a cuidados de saúde sejam diferenciados e/ou especializados. Nas conjeturas atuais e com o índice de envelhecimento a duplicar, com valor 138,6%

por cada 100 jovens (PORDATA, 2015), em que 20,1% (PORDATA, 2015) da população total portuguesa se encontra na faixa etária dos 65 anos ou mais e devido a todas as reformas políticas/planos de contingência económica a que o país tem sido sujeito, os idosos encontram-se em situação económica muito desfavorecida despendendo grande parte dos seus recursos económicos com a saúde, especificamente com medicamentos. Por sua vez, o envelhecimento caracteriza-se pela maior longevidade das pessoas traduzido por um aumento da esperança média de vida, levando a que seja um idoso a cuidar de outro idoso. Neste contexto há um envolvimento da família ou do prestador de cuidados nos cuidados prestados e intervenções delineadas para a pessoa. O EEER torna-se um elemento importante e de ligação para a formulação e implementação do plano de cuidados, cujo objetivo principal é a preservação ou recuperação da autonomia e independência da pessoa e da sua família. Após análise da situação clínica das pessoas que integravam a ECCI e com o intuito de desenvolver o meu projeto na recuperação da marcha a enfermeira orientadora sugeriu as situações mais pertinentes para a aplicação do mesmo. Fiz a avaliação da pessoa e elaborei um estudo de caso, que se encontra em Apêndice IV, em que identifiquei e estabeleci prioridades e estratégias de melhoria da qualidade da prática de cuidados especializados recorrendo a uma prática que respeita as necessidades particulares, de índole cultural, religiosa e espiritual da pessoa e família. Assim, pelo desenvolvimento de uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção foi adquirida a competência A1 do Regulamento nº125/2011.

O meu estudo de caso incidiu sobre uma pessoa adulta com patologia Diabetes não controlada, que deambulava com auxiliar de marcha (andarilho, ocasionalmente bengala) apenas do quarto para a sala. Saliento que para além da intenção inicial de recuperação da marcha, tive como objetivo trazer a pessoa à rua uma vez que se encontrava isolada em casa, pela presença de uma escada que não descia pelo medo de cair. Petronilho (2007) afirma que apesar de existir uma relação entre a capacidade da marcha e o retorno à independência, a dependência física é a principal causa para o não autocuidado o que leva a uma predisposição (da diminuição da capacidade da marcha) para o isolamento social (Baixinho, 2008). Após uma avaliação neurológica funcional e motora (com recurso a escalas) elaborei



um plano de intervenção específico que contemplava mobilizações ativas e ativas resistidas (com recurso a garrafa de água de 33 cl para promover resistência) que tinha que cumprir diariamente e efetuar registo dos exercícios realizados, atividades desenvolvidas num sistema parcialmente compensatório, exemplares em Apêndice VIII, isto porque, nos dias em que a visita domiciliária não acontecia, a pessoa tinha que seguir o guia de exercícios e realizar o seu registo. Por essa razão considero a aquisição de competência J1 de acordo com as unidades de competência J1.1 por ter avaliado a funcionalidade e diagnosticado alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades como corrobora Souza & Faro (2011), J1.2 por conceber planos de intervenção para promover capacidades adaptativas para o autocuidado tal como afirma Orem (1993), J1.3 por implementar as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade e ainda, J1.4 por avaliar os resultados das intervenções implementadas do Regulamento nº125/2011.

No dia da visita domiciliária era feito à pessoa, treino de marcha com andador, pois como afirma Menoita et al (2012) os produtos de apoio permitem um posicionamento correto do corpo. A distância percorrida inicialmente correspondia a 1 metro num corredor, distância que foi aumentando pelo número de repetições de caminhadas, a fim de aumentar a resistência da pessoa. Ao fim de 2 semanas de treino de marcha em casa iniciou-se o treino de escadas. O objetivo do programa de reabilitação da marcha foi atingido com melhoria do desempenho e qualidade desta como corrobora OE (2013). A intervenção começou por ser parcialmente compensatória e apoio-educação evoluindo apenas para apoio-educação. Para obter sucesso na reabilitação temos que ter a pessoa motivada, afirmam Hesbeen (2003) e Orem (2001) e como esta verbalizava vontade em comer chocolate pela sensação bem-estar que este lhe trazia, comprei um chocolate indicado para Diabéticos como forma de motivação e recompensa pelo seu empenho. Sato et al (2015) afirma que a satisfação na vida, em combinação com, emoções felizes nascem no *Precuneus*, uma região no lóbulo parietal, e que este medeia a felicidade subjetiva associada à sensação de bem-estar, integrando os componentes emocionais e cognitivos da felicidade, sendo conhecido como o lugar de outras

funções importantes do cérebro como, a memória, a imaginação, a reflexão entre outros. Além disso, o *Precuneus* integra as informações da experiência (interna e externa) atual da pessoa, da memória passada e dos planos para o futuro e converte-as em alegria subjetiva (Sato et al, 2015). O êxito no processo de reabilitação não depende apenas de um conjunto de técnicas, mas também de uma sucessão, coordenação e interdisciplinaridade da atuação implicando uma abordagem integral traduzindo-se em ganhos em saúde e com impacto a nível da qualidade de vida (Menoita et al, 2012).

No contexto foi revelador a importância do EEER que se torna gestor de caso, corroborado por Pereira (2012), indo ao encontro das necessidades das pessoas e das famílias/cuidador informal, ajudando-os em situações onde a saúde está em risco. Após algumas visitas domiciliares foi feito diagnóstico relativamente à não adesão do regime terapêutico, em que, a pessoa que avalei para elaboração do estudo de caso, não cumpria com avaliação das glicémias capilares bem como com o registo das mesmas, tendo retomado medicação que estava suspensa pela médica de família. Foi disponibilizado novo equipamento para avaliação de glicémias e agendada consulta no domicílio com a médica de família. Durante as sessões de reabilitação, a prestação de cuidados era feita com base numa relação empática e de confiança em que a pessoa fez referência a antecedente psiquiátrico para o qual não estava medicado tendo sido feita a articulação com a psicóloga da unidade para encaminhamento da situação. Segundo Orem (1993) as áreas de atividades para a prática da enfermagem devem Iniciar e manter um relacionamento com a pessoa/família até ao estado de alta da enfermagem podendo determinar se e como devem receber apoio da enfermagem. Foram ainda detetados hábitos alimentares incorretos em que tive necessidade de pesquisar informação sobre os alimentos e a patologia Diabetes, de modo a esclarecer dúvidas e reeducar a pessoa e a família. Foi utilizado o sistema de apoio-educação em que a pessoa pode, deve e assume as atividades de autocuidado, sempre orientado e monitorizado pelo EEER que atua como espécie de consultor e educador. Foram elaborados, um livro de receitas para diabéticos e um guia sobre Diabetes e alimentação, que se encontram em Apêndice I (Anexos VI e VII do Projeto) respetivamente. O ensino realizado permitiu que a pessoa e a cuidadora adquirissem novos comportamentos face à alimentação

traduzindo-se em ganhos em saúde. A pedido da Enfermeira Coordenadora, os documentos ficaram disponíveis para futuras utilizações. Por isto considero a aquisição de competência J1 de acordo com as unidades de competência J1.1 pela colheita de informação pertinente e diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível da alimentação com identificação das necessidades de intervenção para otimizar a alimentação.

Assim, o EEER atua como agente fulcral na obtenção de ganhos em saúde da população contribuindo para o Plano Nacional de Saúde, como interveniente e parceiro em diversas áreas de intervenção (APER, 2010). A sua ação enquadra-se essencialmente no sistema de enfermagem parcialmente compensatório e no sistema de apoio-educação. Neste contexto, o enfermeiro de reabilitação não só interage com a pessoa, mas também com a família e a comunidade no processo de tratamento, tornando-se por vezes auto-suficiente na resolução de algumas situações ou estabelecimento de parcerias, desenvolvendo a sua tomada de decisão através da conceção de um processo de cuidados.

Utilizei como instrumento de avaliação da capacidade e dependência da pessoa na recuperação da marcha, o Índice de Tinetti e a Escala de Barthel. É uma escala que não requer equipamento sofisticado e é confiável para detetar mudanças significativas durante a marcha. A utilização deste instrumento de validação tem importantes implicações na qualidade de vida uma vez que possibilita ações preventivas e assistenciais e de reabilitação além de que se encontra validade para a população portuguesa. Além de baixo custo é fácil manuseio e traduz, através da sua aplicação, a eficácia dos exercícios de reeducação funcional motora. Na avaliação que foi efetuada relativamente ao equilíbrio, com recurso ao índice de Tinetti, a pessoa não apresentava equilíbrio estático mas apresentava equilíbrio dinâmico o que se revela um contra censo para Bhimani et al (2012) mas que Sousa (2010) defende ser previsível uma vez que o bipedismo ortostático é naturalmente instável pelo envolvimento de uma tarefa secundária, como segurar um objeto com as mãos dado que a força gravítica tem que ser equilibrada continuamente através de energia e força muscular. Nesta situação em particular deve considerar-se o estado nutricional da pessoa e o uso do produto de apoio (andarrilho).

As intervenções do EEER, inerentes aos défices cognitivos, processam-se fomentando o recurso a variadas ferramentas e instrumentos, conjugando a realização de exercícios de papel e lápis e jogos pedagógicos (Morais, 2014). Assim, no decorrer do estágio, a elaboração de um jogo de imagens (em Apêndice VII em formato fotografia), foi uma estratégia implementada para a estimulação da memória e da linguagem, numa pessoa com Acidente vascular cerebral (AVC) e a utilização de exercícios de coordenação motora para reeducação da escrita, em Anexo I.

Durante o estágio delineei um plano de cuidados para uma pessoa com Doença de Parkinson e levei-a a participar nesse cuidado na medida da sua capacidade e do seu estado de saúde. Transformei-a num agente de autocuidado, para impedir a progressiva deterioração da marcha (associada à patologia) com manutenção/recuperação da mesma com auxílio de uma bengala, tal como corroboram Carreira (2012) e Lorena (2014). Foram obtidos como ganhos os passeios ao jardim da rua para convívio com os “amigos de Xadrez”. Foi utilizado o sistema parcialmente compensatório em simultâneo com o sistema de apoio-educação. Há então a considerar a aquisição de competência J2 pela capacitação da pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas para enquadramento social.

Tive ainda oportunidade de participar e intervir na educação da comunidade na campanha de prevenção tabágica com aconselhamento e encaminhamento para as consultas de cessação tabágica que decorrem na unidade e ainda integrar o curso de Massagem Terapêutica para bebés, sendo a formação da responsabilidade da minha enfermeira orientadora. A participação nestes dois programas demonstrou que a ação do EER se torna essencial e estruturante, quer a nível da prestação, da gestão quer a nível do ensino, sempre numa posição privilegiada próximo do cidadão (OE, 2015c).

O foco da minha prestação de cuidados especializados incidia na recuperação da marcha, relacionada com o projeto elaborado mas no contexto comunitário experienciei a colaboração na prestação de cuidados, no âmbito da Pediatria, outra área de intervenção do EEER, através de uma parceria feita entre a ECCI e a Associação Ajuda de Berço. Diariamente era feita intervenção do EEER a

duas crianças gêmeas, com 3 anos de idade que apresentavam um atraso de desenvolvimento por gravidez não vigiada com inúmeras co-morbilidades associadas. Encontram-se nesta instituição por défice de conhecimento parental no que diz respeito aos cuidados necessários com a ventilação não invasiva (VNI). Eram realizadas manobras para limpeza das vias aéreas e drenagem de secreções com posterior aspiração. No contexto desta intervenção e durante a realização dos procedimentos, as crianças ficavam inquietas, agitadas e com choro contínuo. De forma a melhorar este quadro, minimizando o trauma, sugeri que fosse introduzido um massajador elétrico para realização da técnica de vibração em forma de joaninha. O procedimento passou a ser menos agressivo e com mais tolerância das crianças em que ao fim de 2 semanas utilizavam a joaninha na própria boneca em imitação ao que lhes era feito, o momento foi registado e encontra-se em Apêndice VII. Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes dou resposta ao desenvolvimento de competência B3. Através da criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº125/2011)

Participei nas reuniões da equipa multidisciplinar, em que se apresentavam e avaliavam os casos, para promover a prestação de cuidados com qualidade bem como a partilha para a equipa, dos ganhos em saúde obtidos pela intervenção do EEER. Desta forma dou resposta ao desenvolvimento de competências ao gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional (Regulamento nº125/2011, Competência C1).

A enfermeira orientadora permitiu que a minha aprendizagem fosse enriquecedora ao disponibilizar oportunidades fulcrais para esse processo. Neste campo de estágio tive oportunidade de pôr em prática os conhecimentos adquiridos bem como a sua consolidação. Nas sessões de reabilitação eram trabalhadas as componentes respiratória, nomeadamente reeducação costal global, seletiva e abdomino-diafragmática, e a motora que incluía sessões de mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas e ainda atividades terapêuticas, como automobilizações, o rolar, a ponte para preparação para o levante, rotação controlada da anca, exercícios de equilíbrio, levante, transferências e treino de

marcha com o apoio de andarilho que acarretaram benefícios físicos e psicológicos tal como corrobora Castro (2013).

## **2.2. Desenvolvimento de competências em contexto hospitalar: Serviço de Medicina**

Com o início deste estágio surge uma nova adaptação, apesar de ser o meio hospitalar onde a minha experiência profissional assenta, houve necessidade de me adaptar a uma realidade de serviço. Este contexto possui internamento com 28 camas e 2 macas, em que quatro camas integram a unidade de cuidados intermédios. A equipa está dotada de um EEER responsável pela elaboração do diagnóstico de situação de cada pessoa para uma individualização de cuidados especializados.

Pelo diminuto rácio de enfermeiros no serviço, o EEER conta como elemento na distribuição para prestação de cuidados gerais ficando com um menor número de pessoas atribuídas. O serviço conta ainda com a presença de um fisioterapeuta que executa reabilitação apenas às pessoas com pedido clínico de medicina física de reabilitação. A abordagem do EEER à pessoa é holística, o que permite identificar as suas necessidades, respeitando a sua opção de tratamento e ainda proporcionar-lhe um desempenho no autocuidado, na reintegração familiar e na sociedade (Lima, 2014). A intervenção do EEER é centrada na promoção da qualidade de vida das pessoas assistidas através do desenvolvimento de planos de cuidados especializados, com o intuito de melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, levando há preservação da autoestima.

Por esta razão Hesbeen (2003) considera o EEER “especialista do pormenor e em pequenas coisas” que são de grande importância para aquele de quem cuida e que, neste gesto, demonstra o conhecimento e interesse pelo outro, respeitando as ações traçadas pelo projeto de cuidados (p.85).

Neste serviço a taxa de ocupação é 100%, sendo a maioria provenientes do serviço de urgência. A faixa etária mais prevalente é a dos 65 anos em parceria com o sexo masculino e detentor de patologias múltiplas associadas ao diagnóstico principal (Gabinete de planeamento e controlo de gestão, 2016).

Na primeira semana acompanhei a enfermeira orientadora e a minha aprendizagem desenvolveu-se com base na observação dos cuidados especializados prestados pela mesma, assim como no conhecimento das normas e protocolos do serviço e instrumentos de avaliação aqui aplicados. Os registos de enfermagem são realizados no SAPE e, apesar de fazer parte da minha prática diária, houve necessidade de aquisição de conhecimentos relativamente às intervenções na área da reabilitação. Diariamente assistia à passagem de ocorrências e, perante o diagnóstico e as sequelas que afetavam a pessoa identificava a necessidade de avaliação funcional e traçava um plano de intervenção específico. A validação do mesmo era feita junto da enfermeira orientadora, após a qual, implementava o programa de reabilitação. Este programa contemplava a prevenção e o tratamento em situação aguda ou crónica na reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, ensino e treino de AVD bem como a utilização de ajudas técnicas.

Através da aplicação do instrumento de avaliação Escala de Barthel determinava a dependência da pessoa, dava início à sessão de reabilitação no leito, iniciando o treino das atividades terapêuticas e mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas consoante a avaliação obtida e as alterações identificadas. Posteriormente, e sempre que a situação clínica o permitia, era efetuado levante para cadeirão ou cadeira de rodas, promovendo um ambiente seguro e tranquilo, com a maior participação possível da pessoa.

Na primeira semana recebi uma pessoa com o diagnóstico de AVC isquémico sobre a qual elaborei o primeiro plano de cuidados que se encontra em Apêndice V. Foi feita colheita de dados através da consulta do processo clínico e de uma entrevista informal à pessoa, bem como a avaliação funcional da mesma e identificação do cuidador. Com a avaliação neurológica foi identificado apagamento do sulco nasogeniano direito com desvio da comissura para a esquerda com queda de saliva, disartria, força segmentar grau IV/V no membro superior direito com diminuição da sensibilidade álgica nas extremidades distais dos dedos da mão direita. Por apresentar queda de saliva e restos alimentares foi feita avaliação da deglutição através da aplicação da escala utilizada no serviço (Escala de Gugging Swallowing Screen – GUSS), em que apresentava tosse com ingestão de líquidos e

sem alteração à ingestão de pastosos e sólidos. Segundo Menoita et al (2012) numa incidência de 30 - 50% dos casos de pessoas com AVC, apresentam disfagia orofaríngea pela diminuição da força, tônus e/ou sensibilidade dos músculos da face, mandíbula ou língua. Fiz uma prescrição de dieta apropriada e ensino/treino de exercícios para melhorar o processo de deglutição. Realizei ensinamentos à família sobre os cuidados inerentes à pessoa com disfagia, a consistência dos alimentos e a adaptação dos mesmos, utilizando os sistemas parcialmente compensatório e apoio-educação, dando resposta desta forma ao desenvolvimento de competências ao cuidar da pessoa com necessidades especiais no autocuidado alimentação (Regulamento nº125/2011, unidade de competência J1.1).

Foram ainda desenvolvidas atividades, com utilização dos sistemas parcialmente compensatório e apoio-educação, para estimulação da sensibilidade térmica (utilização de água quente, cubos de gelo e massagem) e ensinamentos à pessoa/família na prevenção de complicações (queimaduras) dando resposta desta forma ao desenvolvimento de competências implementação de planos de intervenção para a redução do risco de alterações ao nível sensorial (Regulamento nº125/2011, unidade de competência J1.3).

Relativamente às alterações da comunicação tomei consciência que a intervenção do EEER nesta área têm como objetivo principal providenciar um ambiente tranquilo e dar tempo à pessoa para se expressar estimulando-a a usar formas alternativas de comunicação, pelo que foi disponibilizado um espelho (para execução dos exercícios) e fornecido um sistema de comunicação por troca de imagens (PECS), que se encontra em Apêndice X, pois tal como afirma Hesbeen (2003) a reabilitação deve ser iniciada o mais cedo possível logo que sejam identificadas as lesões. Após duas horas de exercícios de fonação e mímica facial a pessoa conseguia articular palavras monossilábicas e dissilábicas, pela produção ordenada de movimentos e sincronização da ativação e inibição dos músculos tal como corroboram Berger & Mailloux-Poirier (1995) e Boechat, Manhães, Filho, & Istoé, (2012). Tendo em conta as alterações identificadas na comunicação e para promover a continuação do programa de reabilitação após a alta, foi feito encaminhamento para a Terapia da Fala. Realizei ensinamentos à família sobre as alterações na fala bem como as formas alternativas de comunicação utilizando o



sistema apoio-educação. Desta forma dou resposta ao desenvolvimento de competências ao gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (Regulamento nº125/2011, Competência C- C1.1.).

O segundo plano de cuidados que elaborei, disponível em Apêndice VI, incidiu sobre uma pessoa que foi submetida a tratamento na unidade de cuidados intensivos (UCI) por AVC hemorrágico. Após a avaliação inicial e colheita de dados apliquei os instrumentos de avaliação, utilizando a escala de Barthel, a escala de Lower, a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e o índice de Tinetti, com o objetivo de determinar a dependência da pessoa, o seu potencial de reabilitação, a sua força muscular e a capacidade de realizar o autocuidado. Desta forma foi possível demonstrar e desenvolver competências de acordo com a unidade de competência J1.1 do Regulamento nº125/2011 em que o EEER avalia a capacidade funcional e diagnostica as alterações que determinam as limitações da atividade levando a um papel preponderante para estabelecer objetivos terapêuticos.

A colheita de dados foi feita pela consulta do processo clínico e de uma entrevista informal à pessoa bem como a avaliação funcional da mesma e identificação do cuidador. Com a avaliação neurológica foi identificada força segmentar grau III/V no membro superior esquerdo e IV/V no membro inferior esquerdo, hipoestesia tátil e térmica e hipoalgesia da mão esquerda. Implementei o programa de reabilitação, utilizando os sistemas parcialmente compensatório e apoio-educação, ainda com a pessoa no leito, através da execução das atividades terapêuticas (automobilizações, rolar, ponte, rotação controlada da anca para preparação do levante), de mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas, ativas resistidas, posicionamentos em padrão anti-espástico, técnica de levante e transferência tendo em vista o treino de marcha, assim como o treino de autocuidados (higiene e vestir-se, pentear-se, lavar os dentes, desfazer a barba e alimentar-se) em função da capacidade de participação da pessoa. Durante os cuidados de higiene, vestir e despir, a pessoa era solicitada a participar na higienização de partes do corpo, a retirar ou colocar roupa. A realização do movimento ativo foi importante para o incitamento da consciencialização das incapacidades e habilidades/capacidades a desenvolver. A realização do

autocuidado requer diferentes e complexas mudanças no tônus e na atividade muscular (Carreira, 2012) pelo que o momento de realização dos autocuidados foi oportuno não apenas para o treino dos mesmos mas também para a agregação de conhecimentos. Para a pessoa ser um interveniente ativo tem de ser capaz de gerir o conhecimento acerca da sua situação, como é demonstrado no estudo de Bhimani et al (2012). A hospitalização tem como consequência a perda de capacidades levando a dependência. As pessoas nestas circunstâncias necessitam de se adaptar a uma mudança súbita e trágica na sua vida (Lima, 2014). Com a implementação destas atividades pretendi maximizar a funcionalidade da pessoa desenvolvendo as capacidades remanescentes ajustadas à satisfação da pessoa/família e promoção da autonomia nos autocuidados, como é regulamentado nas competências específicas do EEER dando resposta ao desenvolvimento de competências J2 e J3 (Regulamento nº125/2011). Para o êxito do processo de reabilitação, e relacionado com as limitações da motricidade fina e da sensibilidade, foi feito ensino quanto à adequação do vestuário e calçado para facilitar a pessoa. O vestuário deve ser largo, de fácil deslizamento, com maior elasticidade e com fechos de velcro. O calçado deve ser fechado e ter sola antiderrapante com apoio a nível do tornozelo, promovendo deste modo a correção da postura e a diminuição da possibilidade de ocorrência de complicações. A pessoa/família foi ensinada a efetuar estas escolhas com utilização dos sistemas parcialmente compensatório e apoio-educação.

Sabendo que a pessoa que experienciava um AVC apresenta um período de flacidez muscular, houve especial atenção na mobilização da articulação glenoumeral com o intuito de prevenir a síndrome do ombro doloroso e as subluxações, ao mobilizar passivamente o hemicorpo afetado, no ensino à pessoa de exercícios isométricos e no incentivo para a automobilização, adquiri competências na elaboração e implementação de programas de treino motor de acordo com a unidade de competência J3.1, do Regulamento nº 125/2011. Com uma semana de programa de reabilitação implementado, quando iniciava o meu turno a pessoa (sozinha) já tinha dado início às atividades terapêuticas no leito, era feita a correção dos exercícios e efetuava levantar para cadeira de higiene e fazia a sua higiene com ajuda parcial na casa de banho. Posteriormente permanecia no cadeirão onde efetuava treino de equilíbrio (estático e dinâmico) e carga nos

membros com o intuito de preparar a marcha tal como corroboram Bhimani et al (2012). Estes ganhos refletiram-se num melhor equilíbrio estático e dinâmico fundamental no treino de marcha, numa maior facilidade ao nível de transferências, bem como numa maior capacidade ao nível da execução dos autocuidados como sejam higiene, comer, pentear, vestir entre outros como comprova OE (2013).

Em suma, com esta intervenção assisti a tempos de recuperação mais rápida com défices residuais aquando da alta, devolvendo à pessoa e sua família confiança, autocontrolo, maior capacidade para o autocuidado e, consequentemente maior autoestima como corrobora OE (2015a). Ao longo do estágio, foi com grande satisfação que pude constatar resultados positivos e efetivos a este nível. Com a repetição dos exercícios a pessoa readquiriu ao nível do lado hemiplégico sensibilidade (na apreensão de talheres adaptados), sentido de posicionamento, melhoria do controlo postural e do equilíbrio, fundamental para o levantar como corroboram Souza & faro (2011). Por outro lado, ao nível do lado não afetado, os exercícios ativos livres e ativos resistidos (utilização de garrafa de água de 33 cl para criar resistência) permitiram aumentar a força muscular fundamental na autonomia de algumas atividades (levantar, andar, comer) na compensação do lado afetado. A preparação para a deambulação deve ser efetuada através da manutenção da amplitude de movimentos articulares, posicionamentos adequados no leito e levantar precoce tal como afirma Freitas (2015). As atividades terapêuticas e outras relacionadas com o desempenho do autocuidado têm um efeito benéfico na manutenção de funções que irão posteriormente facilitar a marcha. Ao fim de uma semana, foi iniciado o treino de marcha no corredor, com suporte pélvico no lado afetado e incentivado a fazer alguma carga no membro afetado com a necessidade de adaptação a produtos de apoio (tripé e cadeira de rodas) tal como corroboram Osório & Valência (2013) e OE (2013) pelo recurso que a pessoa fazia ao corrimão. De acordo com a unidade de competência J1.2, J2.1 e competência J3 do Regulamento nº125/2011, o EEER realiza treinos específicos de AVD, utilizando produtos de apoio e dispositivos de compensação ensinando e supervisionando a utilização dos mesmos tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa melhorando a qualidade de vida. Neste contexto a prestação de cuidados permitiu o contato e a aplicabilidade de produtos de apoio e dispositivos de compensação

específicos (materiais de uso doméstico – Mola da Roupa, pano molhado)<sup>2</sup> adequados a cada pessoa, incentivando sempre para o autocuidado, utilizando os sistemas parcialmente compensatório e apoio-educação, através do treino, objetivando a sua máxima independência e mantendo um ambiente seguro.

Neste estágio pude experienciar o contato com a pessoa com patologia respiratória, com ou sem adaptação a ventilação não invasiva (VNI). Procedia à avaliação inicial da pessoa, à consulta e interpretação de imagem radiológica seguida de auscultação pulmonar, sendo esta técnica uma nova aquisição de conhecimentos para a minha prática. Os resultados obtidos eram expostos à enfermeira orientadora e discutidos por ambas com o objetivo de estabelecer um programa de Reeducação Funcional Respiratória (RFR).

O programa de RFR contemplava exercícios de descanso e relaxamento, consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática, reeducação costal global com bastão, reeducação costal seletiva, manobras de limpeza das vias aéreas e manobras acessórias, terapêutica de posição, abertura costal seletiva, correção postural e reeducar no esforço (exercícios de mobilizações e treino de AVD). Pelo que considero ter adquirido competências na maximização da funcionalidade da pessoa de acordo com a unidade de competência J3.1 através da conceção e implementação de programas de treino motor e cardio-respiratório, do Regulamento nº 125/2011.

Participei nas reuniões interdisciplinares que integram o EEER, o médico responsável, a assistente social e a família, com o intuito de avaliar a dinâmica familiar, as suas potencialidades, perceber as dificuldades existentes e a sua disponibilidade para o envolvimento nos cuidados à pessoa. Simultaneamente foi fundamental consciencializar a pessoa quanto às suas limitações e ao seu encaminhamento para a comunidade na alta. Desta forma dou resposta ao desenvolvimento de competências ao gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional (Regulamento nº125/2011, Competência C1).

---

<sup>2</sup> Foram utilizados materiais de uso doméstico para adaptar utensílios do dia a dia. As molas da roupa foram utilizadas para colocar nos talheres e nos lápis para uma melhor apreensão, panos molhados para fazer aderência do prato há mesa.

No decorrer do estágio desenvolvi um projeto que me levou a desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Com a identificação do problema (demora no início do primeiro levante e a falta de uniformização de procedimentos que definam o levante precoce da pessoa), concebi e gerei um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e de saúde que se encontra para consulta em Apêndice XII. Esta atividade permitiu a aquisição das competências B1 ao desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, competência B2 por conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade e, ainda, a competência B3 por promover um ambiente terapêutico e seguro.

O diagnóstico de situação de base para o projeto identificou um protelamento do levante pela equipa de enfermagem devido ao avultado trabalho a desempenhar. Era retirada prioridade ao levante ficando este dependente da disponibilidade do EEER do serviço. Como a dotação de EEER é insuficiente, foi necessário estabelecer uma orientação das boas práticas através da elaboração de uma norma de procedimento sobre o Levante que envolvesse toda a equipa de enfermagem e médica, disponível em Apêndice XIII que garantisse o levante precoce e a redução de complicações associadas à imobilidade. Se numa fase inicial (primeiras 12, 24 ou 36 horas) o repouso é o desejado, a partir daí torna-se um fator limitador de todo o potencial de recuperação, conseqüentemente leva a um aumento do tempo de internamento, a uma maior utilização dos serviços de saúde e maior dependência nas AVD. Inúmeras são as causas que originam a imobilidade podendo esta conduzir a um ciclo vicioso que exige que sejam tomadas medidas no sentido de quebrar esse ciclo e as suas conseqüências (Morais, 2012). Pelo que foi relatado considero adquirida a competência C1 do Regulamento nº 125/2011.

Durante o estágio, com o objetivo de otimizar a qualidade dos cuidados, fiz uso aos recursos humanos e materiais, efetuei levante à pessoa (sempre que a situação clínica o permitia) auxiliei-a a usar o sanitário, (abolindo a fralda e a obrigatoriedade de fazer uso dela) com controlo dos esfíncteres vesical e/ou anal. Nos dias seguintes a transferência da pessoa foi feita com maior participação desta

e muito vantajoso para a minha intervenção no que diz respeito ao treino e recuperação da marcha tal como corroboram Pinheiro & Christofolletti (2012). A minha atuação enquadrou-se essencialmente no sistema de enfermagem parcialmente compensatório e no sistema de apoio-educação.

Ao longo do estágio foram diversas as aprendizagens e as situações que tive de abraçar. Oportunamente implementei o meu projeto de recuperação da marcha onde se incluíram pessoas com Demência, Síndrome de Marfan, Espondilodiscite, Miastenia Gravis, AVC, entre outras. Ser enfermeiro especialista é perceber que são pequenas coisas, associadas à situação experienciada, que adquirem a importância no sentido que o outro dá à vida e que lhe dá esperança, destaco de entre outras a frase que mais ouvi “Senhora Enfermeira ponha-me a andar” (SIC),

Neste campo de estágio foi possível a aplicação de conhecimentos e a rentabilização de oportunidades de aprendizagem, através da análise das situações clínicas e do seu contributo para novos conhecimentos e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, em particular na intervenção do EEER na recuperação da marcha.

### **3. AVALIAÇÃO GLOBAL DE APRENDIZAGENS**

Os campos de estágios trazem-nos o contato com a realidade assumindo um papel fundamental, pois permitem-nos responder aos desafios colocados e à complexidade de dilemas que surgem, pois cada pessoa tem a sua história com percursos e experiências distintas. As aprendizagens foram contínuas e constantes decorrentes das experiências a que fui tendo contato. A relação estabelecida com as enfermeiras orientadoras foi muito boa, assentando na base do respeito e sinceridade. Senti-me integrada nos campos de estágio mas pouco respeitada como profissional e como futura enfermeira especialista. No primeiro estágio e estando em contexto de ensino para adultos, fui desacreditada enquanto profissional. Sem me destituir do meu estatuto de estudante, tive necessidade de esclarecer e argumentar a tomada de decisão posta em causa por outro profissional da equipa multidisciplinar. A questão foi cientificamente fundamentada e tornou-se num momento de aprendizagem na equipa. Situações desta natureza estimulam e melhoram a partilha da tomada de decisão e a comunicação na equipa para melhor compreensão dos papéis dos pares. No segundo estágio, era notório o não reconhecimento da intervenção do EEER na equipa de enfermagem. A existência de um EEER em muitos dos contextos é algo relativamente recente e que provoca ainda algum 'incómodo' no seio da equipa que se prevê que seja interdisciplinar mas que em alguns casos ainda existem algumas barreiras a ultrapassar no alcance deste conceito. A minha presença como estudante de especialidade acabou por gerar conflito, era vista como enfermeira da instituição e não como futura enfermeira especialista. O conflito entre pares é uma consequência natural e inevitável nas relações interpessoais, ao que não fica imune o contato, manifestando-se com sentimentos de hostilidade, e que quando não é gerido de forma eficaz pode conduzir a resultados muito negativos. Uma relação igualitária como se pressupõe ser a dos enfermeiros privilegia a resolução construtiva dos conflitos, com ganhos evidentes para as partes envolvidas (Sousa, 2011). Sousa (2011) afirma que a análise dos estilos de gestão de conflito indica que os especialistas de reabilitação

recorrem com maior frequência aos estilos 'integração'<sup>3</sup> e 'servilismo'<sup>4</sup>, comparativamente com os restantes enfermeiros.

No caso particular dos enfermeiros, a sua ação interdisciplinar e o seu trabalho de relação, criam uma suscetibilidade maior na ocorrência destes eventos, sendo por essa razão a gestão de conflitos um tema incontornável da profissão.

Lima e Carvalho (2000) assumem que existem profissionais de enfermagem particularmente resistentes à mudança, pelo que qualquer dificuldade ou desafio associados a alterações se transformam em conflito.

Estas duas situações promoveram o meu desenvolvimento pessoal e profissional com uma perspetiva de aprendizagem e reflexão sobre a prática, encontrando-se em Apêndice II e Apêndice III as reflexões respetivas.

Ao encarar o presente, e projetando o futuro em diferentes perspetivas, não devemos nem podemos por isso julgar, mas sim compreender e respeitar as opções dos que nos rodeiam, aceitando a diferença e a liberdade do outro.

Quando era identifica a necessidade de cuidados de reabilitação pela equipa, procuravam-me para intervir podendo dizer que houve um crescimento profissional dos elementos na aceitação do EEER. Foi reconhecida e elogiada a minha intervenção, atitude e empenho enquanto futura enfermeira especialista pela equipa de enfermagem. Por isso, fica o sentimento de dever cumprido, pois adquirir e desenvolvi as competências do EEER, dando visibilidade a esse papel na equipa de enfermagem e recebendo a devida valorização.

Foram sempre objetivos primordiais as aprendizagens e a aquisição de competências, através do cuidar da pessoa numa perspetiva de enfermagem de reabilitação, com o intuito de promover qualidade de vida nas pessoas assistidas.

Desenvolvi na minha prática profissional e ética, no campo de intervenção de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Planeei e organizei intervenções de enfermagem especializada que converti para planos de cuidados. Nas equipas multidisciplinares que estive inserida, promovi uma

---

<sup>3</sup> Integração é um estilo de gestão de conflitos onde estão inerentes técnicas negociais, próprias de um trabalho cooperativo, em que existe uma elevada preocupação com os objetivos individuais e com os interesses da outra parte (Sousa, 2011).

<sup>4</sup> Servilismo, também denominado por estilo perder-ganhar, identifica-se por uma baixa preocupação por si mesmo e uma elevada preocupação pelos outros. É um estilo que enfatiza e destaca os aspetos comuns existentes, minimizando as diferenças entre as partes (Sousa, 2011).



intervenção dinâmica em que todos foram beneficiados no processo, desde a pessoa e família até aos profissionais. A teoria e a prática estão inter-relacionadas, pois toda prática está atrelada à teoria, e esta sem a prática, torna-se infrutífera.

Ao longo da prática clínica pude desenvolver atividades de acordo com as necessidades da pessoa/família, apesar das práticas serem sobre áreas diferentes não significa que tratemos a pessoa numa parte, pois ela é um todo e apesar de tudo o todo continua a ser mais do que a soma das partes, é esta a visão do enfermeiro de reabilitação quando vê uma pessoa que necessita da sua intervenção. O EEER possui autonomia e não necessita de prescrição médica para iniciar a sua prestação de cuidados pois compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que assiste e/ou substitui a pessoa com doenças agudas e crónicas maximizando o seu potencial funcional e independência física, emocional e social (Lima, 2014). Ser enfermeiro é salvaguardar os direitos da pessoa, promovendo e aumentando a sua auto-estima e estabelecendo uma relação empática para que a pessoa se sinta respeitada, enfim sentir-se pessoa. Para atingir estes objetivos, é necessário passar pelo cuidar, razão da existência da enfermagem.

Nos contextos de estágio defini objetivos, planeei e avaliei as minhas intervenções, tendo em conta os focos de enfermagem de reabilitação, mobilizando os recursos disponíveis em cada situação, integrados num plano global de outros cuidados de enfermagem e das intervenções de outros elementos da equipa multidisciplinar. O ensino à pessoa e família foram sempre um aspeto de preocupação para mim, pelo que, a preparação do regresso a casa teve início logo no primeiro contato. Tendo em conta as dificuldades e particularidades de cada pessoa procurei identificar os recursos disponíveis na família e na comunidade, especialmente as barreiras arquitetónicas, com o intuito de prevenir complicações e promover a autonomia. É nesta realidade que a intervenção do EEER está centrada, com vista à promoção da qualidade de vida das pessoas assistidas porque a sua consistência é assumida na perspetiva holística da pessoa, não desarticulando o seu saber num conjunto de “peças” ou “sistemas” que constituem o ser humano (Oliveira, 2015).

Nos dois contextos foi possível a aplicação de conhecimentos e a rentabilização de oportunidades de aprendizagem, através da análise das situações clínicas e do seu contributo para novos conhecimentos e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, em particular na intervenção do EEER na recuperação da marcha. O treino da marcha é um aspeto fundamental na reabilitação da pessoa, pois aumenta a resistência corporal e melhora o estado funcional. Esta realidade foi testemunhada nos contextos de estágio, nas pessoas que acompanhei, diariamente era percebida a evolução surpreendente na recuperação da marcha. Nos dois contextos a recuperação da marcha levou a uma redução do tempo de internamento em que as pessoas tiveram alta com um nível de dependência inferior em relação ao momento de admissão o mesmo é comprovado num estudo apresentado por Cunha (2014) relativamente ao autocuidado deambular, 46,1% das pessoas na admissão apresentava dependência em grau elevado e no momento da alta 31,6% das pessoas apresentava dependência em grau reduzido.

O EEER tem um papel determinante no internamento destas pessoas, uma vez que acompanha a pessoa e a família durante todo o processo de recuperação, estabelecendo objetivos atingíveis com base numa relação de confiança, para que a pessoa maximize o seu potencial de reabilitação. É neste enquadramento que a intervenção do EEER é indispensável, uma vez que se trata de uma área onde a dependência funcional das pessoas está em causa, quer seja em contexto hospitalar ou comunitário. Analisando em conjunto estes dois contextos, foi evidente a interligação que existe e da importância e contributo que a intervenção de um pode ter no outro. Ou seja, a precocidade e assertividade da intervenção hospitalar é fundamental para o sucesso do restante processo de reabilitação que pode decorrer, em casa, em centros de fisioterapia ou num centro de reabilitação.

Os contextos foram ricos em experiências e aprendizagem e permitiram adquirir ao longo dos dois contextos competências comuns de enfermeiro especialista nos quatro domínios, responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011) e competências específicas do enfermeiro de reabilitação, definidas pelo Regulamento 125/2011, cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os

contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Em síntese, as competências adquiridas, tornaram visíveis que a intervenção do EEER possibilita à pessoa evoluir progressivamente para a independência, promovendo a realização do autocuidado.

Em todo o percurso efetuado surgiram alguns constrangimentos, houve momentos de cansaço e tensão que exigiram uma gestão rigorosa do tempo e das emoções, dividida entre atividade profissional, escolar e familiar. Contudo, sinto-me satisfeita, pois as competências adquiridas vão permitir utilizar, da melhor forma, os saberes adquiridos, para poder prestar cuidados especializados e com maior qualidade.

Tenho um longo caminho a percorrer com novas competências adquiridas na conquista do meu espaço, nas diversas áreas onde serei solicitada, no que diz respeito à pessoa, à família e a toda a equipa multidisciplinar. Quero afirmar-me, demonstrando conhecimentos, que se irão traduzir na qualidade dos cuidados e que será verificada na resposta das pessoas. Pretendo conquistar um elevado nível de autonomia profissional e de tomada de decisão no desempenho e nos programas de reabilitação específicos e adaptados a cada pessoa, assegurando uma prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação de qualidade. No segundo estágio a enfermeira orientadora, pelo diminuto rácio de enfermeiros no serviço, contava como elemento na distribuição para prestação de cuidados gerais ficando com um menor número de pessoas atribuídas levando a que houvesse menos disponibilidade para me acompanhar. Atualmente, e fazendo uma retrospectiva do decurso do ensino clínico, concluo que este condicionalismo facilitou a minha crescente autonomia e a capacidade de organização e espírito crítico, para a prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

O balanço que faço dos estágios é muito positivo. Com o término do mesmo o sentimento de missão cumprida emerge. A Enfermagem de Reabilitação vem ao encontro das pessoas e das famílias ou pessoas significativas ajudando-os em situações onde a saúde está em risco. A presença de patologia e os níveis múltiplos

de intervenção, além da necessidade de avaliação ambiental, psicossocial e familiar, fazem da Reabilitação uma especialidade única.

## CONCLUSÕES

Com a elaboração deste relatório, e ao documentar a intervenção do EEER assente em prática baseada na evidência, através da revisão bibliográfica, constatei que, de entre os profissionais implicados na reabilitação da pessoa, existe muito pouca evidência sobre a intervenção do EEER no âmbito do tema central do relatório. Este facto poderá dever-se à escassa formação e investigação desenvolvida na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação no mundo. Por ser uma temática abrangente, esta poderá tornar-se também uma mais-valia pelo contributo global para a Enfermagem de Reabilitação, onde se evidencia a sua aplicabilidade em contexto clínico.

Em Portugal, apesar de atualmente se verificar uma aposta significativa na formação e investigação em Enfermagem de Reabilitação, os trabalhos publicados e disponíveis nas bases de dados científicas ainda são diminutos relativamente à evidência produzida por outros profissionais de reabilitação no contexto português.

Logo, o desenvolvimento deste relatório assume particular importância para o desenvolvimento das competências de EEER e para a promoção de ganhos em saúde da pessoa com necessidade de recuperação da marcha.

No mesmo sentido, a sua futura divulgação procurará contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem, de uma forma geral, e especificamente da Enfermagem de Reabilitação. Com o intuito de garantir a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, futuramente atuarei, implementando intervenções dirigidas à pessoa com alterações da mobilidade, proporcionando ganhos em saúde através da redução do tempo de internamento e redução do grau de dependência à data da alta.

Os cuidados de enfermagem devem ser prestados com o maior envolvimento possível da pessoa/família, de forma a não condicionar a independência no autocuidado, incluindo a capacidade da marcha (Baixinho, 2008). O envolvimento da família no processo de Reabilitação da pessoa bem como a acessibilidade favorecem a participação, autonomia e funcionamento da família, bem como a integração da pessoa no domicílio e na comunidade com consequente melhoria da qualidade de vida de ambos (OE, 2009).

Desta forma, face a tudo o que foi explanado, o enfermeiro de reabilitação revela ter um papel fundamental no readquirir/readaptar do autocuidado mobilizar-se quando esta sofre alterações. A reabilitação motora não pode ser entendida como uma complementaridade ao tratamento, trata-se de um processo de cuidar abrangente e holístico. Os objetivos a curto prazo para a recuperação do movimento destinam-se a melhorar áreas específicas de competência como a força, a coordenação, a amplitude do movimento, o equilíbrio, a postura, a mobilidade e a segurança. Orientando-se a terapia do movimento para a melhoria da função.

Assim, a experiência dos campos de estágio proporcionou a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da prática baseada na evidência, com integração dos conhecimentos adquiridos aplicados ao contexto prático, constituindo-se uma estratégia fundamental para o desenvolvimento neste domínio específico da enfermagem de reabilitação, em particular na intervenção do EEER na recuperação da marcha.

Um dos aspetos transversais às várias patologias encontradas nos contextos que sofre sempre no mínimo, alguma alteração é, sem dúvida, a mobilidade. Ela é uma das funções primordiais através da qual as estruturas ou segmentos do corpo se movem ou são movidas de modo a permitir a ocorrência de uma adequada amplitude de movimento necessário para o desenvolvimento de atividades funcionais como o equilíbrio, o posicionamento corporal e a deambulação (Cintra et al, 2013). Uma alteração a este nível provoca, na sua grande maioria, alterações ao nível das restantes funções, tornando-se prioritário a intervenção sobre ela o mais cedo possível. Adiar o início dos exercícios apenas colabora para intensificar o défice funcional da pessoa porque a função física e o estado de saúde geral são aprimorados através da realização de exercícios que podem prevenir perdas e debilidades funcionais.

Atualmente está implementado no meu serviço o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados que foi elaborado no estágio em contexto hospitalar tendo sido recentemente convidada a fazer a divulgação do mesmo aos restantes Serviços de Medicina do Hospital que demonstraram interesse em aplicá-lo nos seus contextos.

Como perspectiva para a continuidade deste trabalho seria exercer funções como enfermeira de reabilitação no meu serviço, no entanto os constrangimentos financeiros a que o setor da saúde está sujeito, faz com que o EEER nem sempre seja devidamente rentabilizado, para isso contribui a ausência da definição de dotações de EEER que garantam o acesso atempado de cuidados de reabilitação às pessoas que deles necessitam em contexto hospitalar (Januário, 2013).

Chego ao fim desta etapa da minha vida com uma sensação plena de enriquecimento, crescimento e desenvolvimento, aquisições estas que pretendo colocar em prática e poder partilhar com os outros, sejam eles a pessoa, a sua família, a comunidade ou os profissionais.

Relativamente a sugestões futuras considero pertinente o desenvolvimento de um estudo que avalie os resultados da intervenção do EEER na recuperação da marcha, decorrente do projeto implementado na instituição, o qual permita quantificar os ganhos em saúde proporcionados à pessoa, bem como o seu impacto para a eficiência dos cuidados de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, M. & Dotte, P. (2002). *Gestos e activação para pessoas idosas – Ergomotricidade e cuidado gerontológico*. Loures: Lusociência
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Acedido a 28/10/2015. Disponível em: [http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/PNS2011\\_2016.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf)
- Baixinho, C. (2008). Capacidade de marcha após fratura do colo do fémur – Revisão sistemática de literatura. *Revista Referência*, 2 (8), 79-86.
- Berger, L. & Mailloux-poirier, D. (1995). *Cuidados de enfermagem em gerontologia – Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bhimani, R., Mcalpine, C. & Henly, S. (2012) Understanding spasticity from patients' perspectives over time. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2504–2514. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.05949.x
- Bobath, B. (1990). *Adult hemiplegia: evaluation and treatment*. (3rd edition). Oxford: Butterworth Heinemann
- Boechat, J., Manhães, F., Filho, R. & Istoé, R. (2012). A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *Interscienceplace*, 22 (1), 89-193. DOI: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2205>
- Bourdin, G., Barbier, J., Burle, J., Durante, G., Passant, S., Vincent, B., ... & Gue´rin, C. (2010). The feasibility of early physical activity in intensive care unit patients: A prospective observational one-center study. *Respiratory care*, 55 (4), 400-407.



- Bridenbaugh, S. & Kressig, R. (2014). Quantitative gait disturbances in older adults with cognitive impairments. *Current Pharmaceutical Design*, 20 (19), 3165-72. Acedido em: 28/02/2016. DOI: 10.2174/13816128113196660688
- Brito, M. A. C. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - Uma teoria explicativa*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tese De Doutoramento. Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/12617>
- Calderón-Bernal, A., Cano-de la Cuerda, R., Alguacil-Diego, I., Molina-Rueda, F., Cuesta-Gómez, A. & Miangolarra-Page, J. (2015) Terapia robótica para la rehabilitación de la marcha en patología neurológica. *Rehabilitación*, 49 (3), 177-192 DOI: 10.1016/j.rh.2014.11.003
- Carreira, E. (2012). *A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na reeducação da marcha na pessoa/família com alterações neurológicas*. Escola Superior de Saúde de Santarém. Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre na Especialidade Enfermagem de Reabilitação. Santarém Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670418>
- Castro, J. (2013). A importância da mobilização precoce em pacientes Internados na unidade de terapia intensiva (uti): Revisão de Literatura. *Perspectivas Online: ciências biológicas e da saúde*, 10 (3), 15-23. Acedido em 15/04/2015 Disponível em: <http://seer.perspectivasonline.com.br>
- Cintra, M., Mendonça, A., Silva, R., Abate, D. (2013). Influência da fisioterapia na síndrome do imobilismo. *Colloquium Vitae*, 5 (1), 68-76. DOI: 10.5747/cv.2013.v005.n1.v076
- Cunha, A., Cardoso, L. & Oliveira, V. (2005). Autocuidado: teoria de enfermagem de Dorothea Orem. *Revista Sinais Vitais*, 61, 36-40.

Cunha, M. (2014). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar*. Escola Superior de Saúde de Bragança. Trabalho de Projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Bragança

Despacho nº 144278/2014. Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA). Diário da República série 2, N.º 229 (23 /03/2014) 29643.

Freitas, C. M. R. (2015). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações da espasticidade que interferem na marcha decorrentes de lesão neurológica*. Instituto Politécnico de Santarém. Trabalho projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Santarém. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.15/1383>

Gabinete de planeamento e controlo de gestão (2016). *Balance Score Card*. Pragal: Hospital Garcia de Orta.

Girão, A., Guerreiro, I. (2011). *Rede nacional de cuidados continuados integrados, Manual do prestador - recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa: Unidade de missão para os cuidados continuados integrados. Disponível em: <http://www.umcci.min-saude.pt>

Haro, M. (2014), Laboratorio de análisis de marcha y movimiento, *Revista Medicina Clínica Las Condes*, 25 (2), 237-247. Disponível em: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90312984&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=202&ty=18&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n02a90312984pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90312984&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=18&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n02a90312984pdf001.pdf)

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação – processo e aplicação*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados*. Loures: Lusodidacta.

[http://www.ciape.org.br/matdidatico/edgar/Livro\\_Aval\\_Mult\\_Idoso.doc](http://www.ciape.org.br/matdidatico/edgar/Livro_Aval_Mult_Idoso.doc) acedido em 12/11/2015

<http://www.pordata.pt/Portugal> acedido em 21/10/2015

<http://www.wikitemas.biz/dicas-de-atividades-para-treinar-coordenacao-motora/> acedido em 30/11/2015

<https://comunicacaoaa.wordpress.com/pecs-sistema-de-comunicacao-por-troca-de-imagens/> acedido em 30/11/2015

Januário, J.C. (2013). *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa Internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/23246>

Leite, M. A. & Souza, J. A. (2012). Análise da marcha nas doenças neuromusculares. In M. Orsini (editor) *Reabilitação nas doenças neuromusculares: abordagem interdisciplinar* (pp 58-61). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lima, A. M. N. (2014). *A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade*. Instituto politécnico de Viana do castelo. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Viana do Castelo. Disponível em: <http://repositorio.ipvc.pt/handle/123456789/1236>

Lima, E., Carvalho, D. (2000) Estresse ocupacional. *Revista Nursing*. 22, 30-34.

Lorena, C. A. (2014). Manejo del trastorno de marcha del adulto. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25 (2), 265 – 275. Disponível em: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=90312987&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=202&ty=21&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n02a90312987pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90312987&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=202&ty=21&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n02a90312987pdf001.pdf)

Magee, D. & Sueki, D. (2012). *Manual para avaliação musculoesquelética*. Brasil: Elsevier Brasil.

Marek, J. (2003). Avaliação do sistema musculo esquelético in S. Schrefer (Eds) *Enfermagem Médico-Cirúrgica – conceitos e prática clínica*. (6ª ed.) (Vol 1 e 4). Lisboa: Lusociência.

Margre, A., Reis, M. & Moraes, R. (2010) Caracterização de adultos com paralisia cerebral. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14 (5), 417-25. Acedido em: 01/04/2015 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n5/a11v14n5.pdf>

Medeiros, P., Heinz, C., Filipin, L., Vendrusculo, A., Virtuoso, J., Streit, I. & Mazo, G. (2012). Estudo correlacional entre parâmetros de avaliação de marcha e equilíbrio em idosas institucionalizadas. *ConScientiae Saude*, 11(3), 470-476.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Moraes, A. (2014) *Estudo exploratório do impacto de um programa de reabilitação neuropsicológica na lesão cerebral adquirida*. Universidade Católica Portuguesa. Dissertação para obtenção grau de Mestre em Neuropsicologia. Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/15335>

- Morais, J. (2012). *A intervenção precoce do enfermeiro especialista de reabilitação na reeducação funcional motora da pessoa/família com alterações neurológicas e cardiovasculares*. Escola Superior de Saúde de Santarém. Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de mestre na especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Santarém. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.15/1233>
- Moreira, D., Godoy, J. & Júnior, W. (2004). *Anatomia e cinesiologia do aparelho locomotor*. Brasília: Thesaurus.
- Moreira, R. (2012). *Mobilização precoce de pacientes criticamente doentes: ensaio clínico aleatorizado*. Universidade Federal de Minas Gerais Dissertação de Mestrado em Ciências da Reabilitação. Belo Horizonte.
- Mota, C. & Silva, V. (2012). A segurança da mobilização precoce em pacientes críticos: uma revisão de literatura. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*, 1 (1), 83- 91. DOI: <http://dx.doi.org/10.17564/2316-3798.2012v1n1p83-91>.
- Nunciato, A., Pereira, B. & Silva, A. (2012). Métodos de avaliação da capacidade física e qualidade de vida dos idosos: revisão de literatura. *Saúde em revista*, 12 (32), 41-48.
- Oliveira, A., (Ordem dos Enfermeiros) (2015). *A importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boas práticas Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Parecer n.º 10/ 2014. Utilização de técnicas específica na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015c). *Percurso e programa formativo para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (1993). *Modelo de orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson - Salvat Enfermaría.
- Osório, J. H. & Valencia M. H. (2013). Bases para el entendimiento del proceso de la marcha humana. *Archivos de Medicina*, 13 (1), 88-96.
- Parada, F. & Pereira, C. (2003). Da imobilidade ao recondicionamento ao esforço: imobilidade – bases fisiopatológicas. *Geriatrics*, 15 (153), 36-45.
- Parry, S. M. & Puthucheary, Z. A. (2015). The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. *Extreme Physiology & Medicine*, 4 (16), DOI: 10.1186/s13728-015-0036-7.

- Pereira, J. A. T. P. (2012). *Competências do enfermeiro de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado em cuidados intensivos*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9340>
- Petiz, E. M. (2002). *A actividade física, equilíbrio e quedas. Um estudo em idosos institucionalizados*. Tese de Mestrado, não publicada. Faculdade de ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Tese de mestrado. Porto.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Pinheiro, A. & Christofolletti, G. (2012). Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. *Revista brasileira terapia intensiva*, 24 (2), 188-196.
- PORDATA. (2015). *Indicadores de envelhecimento segundo os censos*. Fundação Francisco Manuel dos Santos: Lisboa. Disponível em: [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt)
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, nº 35 (18-02-2011). 8648 – 8653.
- Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, nº 35 (18-02-2011). 8658 – 8659.
- Rodrigues, J. P. S. (2012). *Declínio funcional cognitivo e risco de queda em doentes idosos internados*. Instituto Politécnico de Bragança. Trabalho projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Bragança. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/7704>

- Santos, S., Guimaraes M., Soares, O., Ravagnil, E., Costa, M. & Fernandes, M. (2014) Desempenho da marcha de idosos praticantes de psicomotricidade. *Revista Brasileira Enfermagem*, 67 (4), 617-22.
- Sato, W., Kochiyama, T., Uono, S., Kubota, Y., Sawada, R., Yoshimura, S., & Toichi, M., (2015). The structural neural substrate of subjective happiness. *Scientific Reports*, 5 (16891). doi:10.1038/srep16891.
- Silva, D. C. S., Nascimento, C. F., Brito, E. S. (2013). Efeitos da mobilização precoce nas complicações clínicas pós – avc: revisão da literatura. *Revista Neurociencia*, 21 (4), 620-627. Acedido em 22/12/2015 disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2104/revisao/891revisao.pdf>
- Silva, J., Camargo, R., Nunes, M., Camargo, T., Faria, C. & Abreu, C. (2014). Análise da alteração do equilíbrio, da marcha e o risco de queda em idosos participantes de um programa de fisioterapia. *Revista e-ciência*, 2 (2), 19 - 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19095/rec.v2i2.32>
- Sousa, A. (2010). *Controlo postural e marcha humana: análise multifactorial*. Faculdade de Engenharia da Universidade de Porto. Monografia programa doutoral em engenharia biomédica. Porto.
- Sousa, E. (2011). *A família – atitudes do enfermeiro de reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Dissertação Publicada. Porto.
- Souza, L. & Faro, A. (2011). História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. *Enfermería Global*, 10 (24), 290-306. Acedido em 06/11/2014. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400022&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400022&script=sci_arttext&tlng=pt)



## **APÊNDICES**

## Apêndice I – Projeto de Estágio

**6º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**  
**Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Estágio**

**“A intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na recuperação  
da marcha”**

**Dina Maria Troncão Baião Peças**

**2015**



**6º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**  
**Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Estágio**

**“A intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na recuperação  
da marcha”**

**Dina Maria Troncão Baião Peças**

**Docentes orientadoras:**

**Prof. Doutora Maria Fátima Mendes Marques**

**Prof. Doutora Vanda Lopes da Costa Marques Pinto**

**2015**



## ÍNDICE

<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS .....</b>	<b>4</b>
<b>3. SUMÁRIO .....</b>	<b>5</b>
<b>4. DESCRIÇÃO TÉCNICA .....</b>	<b>10</b>
4.1. <i>LEGES ARTIS</i> NA RECUPERAÇÃO DA MARCHA .....	10
4.2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS.....	14
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>20</b>

## APÊNDICES

APÊNDICE I – DESCRIÇÃO DE TAREFAS E RESULTADOS ESPERADOS

APÊNDICE II – CRONOGRAMA

## ANEXOS

ANEXO I – LEGISLAÇÃO DE PRODUTOS DE APOIO

## **1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

**Título:** “A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na recuperação da marcha”.

**Palavras-Chave:** Enfermeiro Especialista, Reabilitação, recuperação da marcha.

**Data de início:** 28 de Setembro de 2015.

**Duração:** 18 semanas.

## 2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Este projeto será desenvolvido, numa primeira fase, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) [REDACTED]. Neste contexto a equipa multidisciplinar direciona a sua intervenção para pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, e cuja situação não requer internamento. É composta por cinco Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), cada um destes com cinco utentes atribuídos, dos quais são gestores de caso, ficando ao seu cuidado o diagnóstico, implementação e avaliação de todos os cuidados prestados.

Numa segunda fase, o projeto será continuado no Serviço de Medicina [REDACTED]. Este contexto possui internamento com 26 camas, em que quatro estão destinadas exclusivamente a cuidados intermédios. A equipa integra dois EEER que são responsáveis pela elaboração do diagnóstico de situação de cada pessoa para uma individualização de cuidados especializados.

Com o intuito de reconhecer os campos de estágio, e os seus contributos para o projeto, foram realizadas visitas a 21 de Maio de 2015 à ECCI [REDACTED] e no dia 28 de Maio de 2015 ao Serviço de Medicina [REDACTED].

### 3. SUMÁRIO

No âmbito da Unidade Curricular Opção II – Projeto de Estágio, inserida no 2º semestre do 1º ano do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, foi proposta a elaboração de um projeto que descreva, analise e problematize uma área de estudo a desenvolver no 3º semestre e, ainda, que identifique as competências a desenvolver no âmbito do perfil de EEER, em articulação com as competências do grau de Mestre.

A escolha do tema central do projeto baseou-se na seleção de uma área de interesse pessoal, onde destaco a constatação em contexto de trabalho do declínio da função da marcha devido ao repouso prolongado, tendo este evento um impacto relevante na pessoa do ponto de vista clínico, pessoal e social.

A escolha do tema baseou-se, ainda, na sua identificação como área prioritária de investigação em Enfermagem de Reabilitação, decorrente da análise dos documentos orientadores da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e as Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Desta forma, delineou-se o presente projeto intitulado: “A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na recuperação da marcha”.

Para Hoeman (2011), quando uma pessoa é incapaz de mover uma parte do corpo ou a sua totalidade em consequência de doença, acidente ou tipologia de tratamento, podem ocorrer, a curto prazo, inúmeras complicações.

Nesta ótica, Parada e Pereira (2003) referem que, perante o repouso prolongado no leito, um músculo pode perder 1 a 3% por dia e 10 a 15% da sua força em cada semana, o que significa que uma pessoa que esteja submetida a uma imobilização de 3 a 5 semanas pode perder metade da sua força muscular.



Berger e Mailloux-Poirier (1995) apontam ainda como efeitos colaterais da imobilidade prolongada o encurtamento dos músculos, a diminuição da atividade articular bem como a limitação da amplitude de movimentos, levando a destruição de proteínas e subsequente diminuição da produção das mesmas resultando em alterações estruturais e metabólicas do músculo.

Sendo a diminuição da força muscular um dos principais problemas com repercussões na locomoção, o EEER representa-se com um papel fulcral no cuidar da autonomia da pessoa, sendo importante que o indivíduo reaprenda o movimento normal (Bobath, 1990).

A autonomia psicomotora da pessoa é demonstrada pela sua capacidade de andar e pela motivação para o fazer (Abric & Dotte, 2002), pelo que se justifica a avaliação da mesma através da observação da amplitude de cada passo e os movimentos associados de balanço dos membros superiores (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012).

Segundo Magee e Sueki (2012), o ciclo de marcha é um padrão repetitivo, em que se identificam duas fases bem distintas, a fase de apoio e a fase de balanço. No ciclo da marcha 60% é ocupado pela fase de apoio enquanto os restantes 40% pertencem à fase de oscilação.

Neste sentido, é importante perceber como todo o corpo se move durante a caminhada, pois caso haja um distúrbio dos membros ou tronco a marcha é afetada (Magee & Sueki, 2012).

Relativamente às causas, a alteração do padrão de marcha pode ocorrer devido a lesão dos sistemas nervoso central, nervoso periférico, muscular e osteoarticular (Phipps, Sands & Marek, 2003), bem como do sistema sensorial (audição, visão e tato) e do sistema vestibular (Nunciato, Pereira & Silva, 2012).

Identificadas as causas, cabe ao enfermeiro conhecer as dimensões biopsicossociais associadas à necessidade de se mover e manter a postura, de forma a satisfazer esta necessidade quando a pessoa não possui capacidade para tal.

O programa de reabilitação deve ser iniciado precocemente no que diz respeito à prevenção de incapacidades e à promoção da saúde. Quando

estabelecemos que o tratamento é de extrema importância, não menos importância tem a delimitação das incapacidades, sendo estas de origem temporária, permanente ou progressiva, havendo que compensá-las para a melhor independência possível (Lima, 2014).

O EEER tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (OE, 2015a).

Nesta filosofia de cuidados e concepção da prática dos mesmos, importa encontrar um modelo teórico que responda de maneira global aos objetivos da mesma e que sustente o exercício profissional.

Para a Enfermagem de Reabilitação, este quadro conceptual remete-nos para o modelo teórico de Dorothea Orem – Teoria do Défice de Autocuidado – como forma de construção e sustentação da problemática, uma vez que esta teoria descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem.

O trabalho desenvolvido por Orem continua atual no que diz respeito ao autocuidado, pois, segundo a mesma, este é uma função humana reguladora em que os indivíduos têm de desempenhar por si próprios, ou que alguém o executa por eles, com o intuito de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (1993).

Posteriormente será explorada a relação entre esta teoria e a temática em causa com o intuito de que a mesma se torne uma mais-valia para o desenvolvimento do projeto.

Relativamente às preocupações centrais da Enfermagem de Reabilitação, o EEER preocupa-se com aspectos físicos, cognitivos, psicológicos, sociais e financeiros, assim como as suas interações. Neste sentido, a Association of Rehabilitation Nurses (2014) descreve a Enfermagem de Reabilitação como uma filosofia de cuidado, e não um ambiente de trabalho ou uma fase de um tratamento.

De acordo com o definido no perfil de competências do EEER, este concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados,

baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento nº 125/2011, p 8658).

Além disso, o mesmo regulamento descreve que o EEER intervém de modo a promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, assegurando a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenindo complicações, evitando incapacidades e/ou minimizando o impacto das incapacidades já instaladas (Regulamento nº 125/2011, p 8658), promovendo, desta forma, a qualidade dos padrões do movimento, incentivando ainda a aprendizagem de capacidades motoras, nomeadamente no âmbito da manutenção da força muscular, coordenação motora, padrão de marcha, estabilidade postural, tolerância ao esforço, amplitude articular e função proprioceptiva.

É neste enquadramento do exercício profissional especializado que o EEER atua na preparação para a marcha através da manutenção da amplitude de movimentos articulares, posicionamentos adequados no leito e levante precoce.

Desta forma, e com o intuito de dar resposta às intervenções junto da pessoa para recuperação da marcha, que elaboro este projeto de forma a desenvolver todas as competências do EEER.

No que concerne aos contextos de estágio previstos, estes vão possibilitar desenvolver tanto as competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como as competências específicas do EEER.

Entende-se por competências comuns “as partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (OE, 2010a) e por competências específicas as “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (OE, 2010a).

Com a implementação deste trabalho projeto, assim, desenvolver as competências referentes aos quatro domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente as referentes aos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (OE, 2015b), bem como as competências específicas do EEER (Regulamento nº 125/2011, p 8658),

designadamente: “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

Para haver desenvolvimento de competências tem que haver desenvolvimento do conhecimento e para isso é necessário adotar processos de investigação e prática baseada na evidência de cariz estruturante para a profissão (OE, 2015c).

Neste sentido, foram elaborados objetivos e planeadas atividades que proporcionem o desenvolvimento destas competências, informação esta que se coloca sob a forma de quadro e se remete para consulta em Apêndice I.

## 4. DESCRIÇÃO TÉCNICA

Pela Decorrente da necessidade de reflexão sobre uma temática a desenvolver no presente projeto, emergiu o interesse, enquanto futura enfermeira de reabilitação, no cuidado especializado à pessoa com alterações da função motora.

Neste sentido, contribuiu decisivamente para a sua definição enquanto área de interesse pessoal, a constatação em contexto de trabalho do declínio da função da marcha nas pessoas sujeitas a repouso prolongado, evento este que apresenta um impacto significativo na pessoa do ponto de vista clínico e dos seus papéis familiares e social.

Emergiu, assim, a necessidade de aprofundar esta área do conhecimento e verificar se os cuidados do EEER têm impacto na recuperação da marcha na pessoa sujeita a imobilidade.

### 4.1. *Leges Artis* na Recuperação da Marcha

Na perspetiva de Berger e Mailloux-Poirier (1995) mover-se significa “mexer-se, deslocar-se, estar em movimento”.

Para Hoeman (2000), o movimento consiste na ação dos músculos sobre os ossos e as articulações, condicionados pela tonicidade muscular e reflexos posturais (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), envolvendo um processo involuntário e reflexo ou um processo de escolha consciente e deliberada.

O movimento normal é a capacidade que a pessoa tem de interagir com o meio de uma maneira flexível e adaptável, pelo que a habilidade para se mover presume a existência de capacidades. Essas capacidades envolvem o ambiente, o processamento da informação percebida ao sentir o ambiente, a nitidez das principais sequências do movimento e a seleção das respostas adequadas, bem como a implementação da resposta motora adequada (Hoeman, 2000).

A execução ou a produção ordenada de movimentos coloca em jogo um conjunto de elementos, órgãos e sistema nervoso, assim como certos fatores psíquicos (atenção, vontade e autocontrolo) (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Kottke (1994) afirma, ainda, que a pessoa necessita de proprioceptores íntatos de forma a monitorizar a atividade muscular, uma vez que esta não é percebida ou selecionada conscientemente, mas apenas percebida a sua execução. Assim, a atividade muscular ocorre através da sincronização da ativação e inibição de vários grupos musculares pelo mecanismo de excitação de reflexos.

Na perspetiva de Berger e Mailloux-Poirier (1995), o funcionamento mecânico é simultaneamente dinâmico e estático. O mecanismo dinâmico produz o movimento e o mecanismo estático produz a postura, sendo esta a posição que o corpo ocupa no espaço como resultado do equilíbrio que se manifesta no porte, no movimento e no estado de repouso.

O grau de movimento do centro de gravidade do corpo durante a marcha define a eficiência da mesma. O centro do corpo tanto se move para os lados como para cima e para baixo durante a marcha, sendo que quanto mais linear e menor a oscilação, mais “normal” será o padrão de marcha (Magee & Sueki, 2012).

Para que se desenvolva o ciclo da marcha são necessários estar presentes critérios essenciais como integridade musculoesquelética, controlo neurológico, equilíbrio e locomoção (Magee & Sueki, 2012).

Moreira, Godoy e Junior (2004) definem marcha normal como o movimento que se observa pelo deslocamento do corpo no sentido anterior de maneira eficiente, em que o centro de gravidade no corpo descreve uma curva sinusoidal de mínima amplitude nos planos horizontal e vertical.

Esta atividade funcional é complexa, durante a qual são necessários movimentos repetitivos dos membros inferiores, que incluem períodos de descarga do peso e períodos em que os membros inferiores se deslocam livremente no solo (Moreira, Godoy & Junior, 2004).

A velocidade da marcha irá determinar a contribuição de cada segmento do corpo, sendo que a velocidade de caminhada normal envolve principalmente as extremidades inferiores, os braços e o tronco, que proporcionam estabilidade e equilíbrio (Magee & Sueki, 2012).

Para os mesmos autores, quanto mais rápida for a velocidade, mais o corpo depende das extremidades superiores e do tronco para a propulsão e para o equilíbrio e estabilidade (Magee & Sueki, 2012).

A velocidade é considerada um dos parâmetros isolados que representa a performance da marcha (Medeiros, Heinz, Filipin, Vendrusculo, Virtuoso, Streit & Mazo, 2012).

De acordo com autores supracitados, para realizar a marcha é necessário executar um conjunto de comportamentos motores de forma coordenada, nomeadamente a inclinação, a rotação e a deslocação lateral pélvica, a flexão do joelho e a flexão plantar.

Em pessoas saudáveis, a marcha segue um padrão estereotipado de movimentos que se repetem com pouca variabilidade, sendo que a forma como cada uma a executa seja única. No entanto, o padrão da marcha pode sofrer alterações por problemas neurológicos ou outro tipo de patologias (Carreira, 2012).

Associado a doenças graves, o repouso prolongado afeta, em simultâneo, órgãos e sistemas, como os sistemas musculoesquelético, osteoarticular, cardiorrespiratório, metabólico, gastrointestinal, geniturinário, cutâneo, entre outros, o que contribui para a redução na capacidade funcional e para o aumento do tempo de internamento (Castro, 2013).

Por sua vez, a imobilidade vai repercutir-se na pessoa e no nível socioeconómico levando a um aumento do tempo de internamento, a uma maior utilização dos recursos, a dependência nas atividades de vida diárias (com maior dependência de terceiros) e, ainda, a necessidade acrescida de suporte familiar e elevados custos sociais (Pinheiro & Christofolletti, 2012).

A ocorrência de fraqueza muscular, consequência da imobilidade, leva a défice na deambulação e comprometimento do regresso da pessoa ao domicílio. Isso reflete-se nos gastos hospitalares, em que quanto maior o tempo de internamento maior o tempo necessário para a alta hospitalar, logo maiores os gastos com a manutenção da pessoa internada (Castro, 2013).

Moreira (2012) defende que um dos principais objetivos da reabilitação é interferir diretamente no tempo de imobilização no leito, que pode ser afetado por fatores intrínsecos e/ou extrínsecos à pessoa, destacando-se o quadro clínico, o motivo de internamento, a preferência individual por permanecer no leito, a administração de sedação e analgésicos, entre outros.

A intervenção do EEER assenta na recuperação de capacidades motoras, nomeadamente no âmbito da manutenção da força muscular, da coordenação motora, do padrão de marcha, estabilidade postural, tolerância ao esforço, amplitude articular e função proprioceptiva (OE, 2015a), levando a que se capacite a pessoa de forma a favorecer a funcionalidade.

A condição que valida a existência de um requisito para a enfermagem num adulto é a ausência de saúde associada à capacidade de manter continuamente essa quantidade e qualidade de autocuidado, a qual é terapêutica na manutenção da vida e da saúde, na recuperação de doença ou lesão, ou em lidar com os seus efeitos (Orem, 2001).

Para compensar os défices de autocuidado manifestados pela pessoa, Orem criou uma teoria designada Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Estes sistemas não são mais que um conjunto de intervenções de enfermagem, que vão desde o planeamento à execução, visando o cuidar do indivíduo mediante os seus graus de dependência e promoção do seu autocuidado (Cunha, Cardoso & Oliveira, 2005).

É por esta razão que a intervenção do EEER passa a ser uma exigência quando a pessoa se considera incapacitada ou limitada na promoção do autocuidado contínuo e eficaz.

Assim sendo, esses cuidados podem ser realizados pelo enfermeiro, quando as capacidades da pessoa são insuficientes para satisfazer uma determinada necessidade de cuidado ou se perspetive diminuições de habilidades do autocuidado (Orem, 1993). Esta situação culmina numa relação entre défice de autocuidado e a intervenção de enfermagem.

É de extrema importância a elaboração de um planeamento individualizado que possibilite a maximização da função, partindo do princípio que os objetivos são realistas e aceitáveis para a pessoa, pela necessidade de estabelecer um conceito para a restaurar, na sua capacidade máxima, que possibilite o seu regresso à sociedade (Souza & Faro, 2011).

Segundo Hesbeen (2001), “aqui reside o seu verdadeiro profissionalismo que, à semelhança dos artistas, se desenvolve e se aperfeiçoa muito para além dos saberes iniciais” (p. 36).

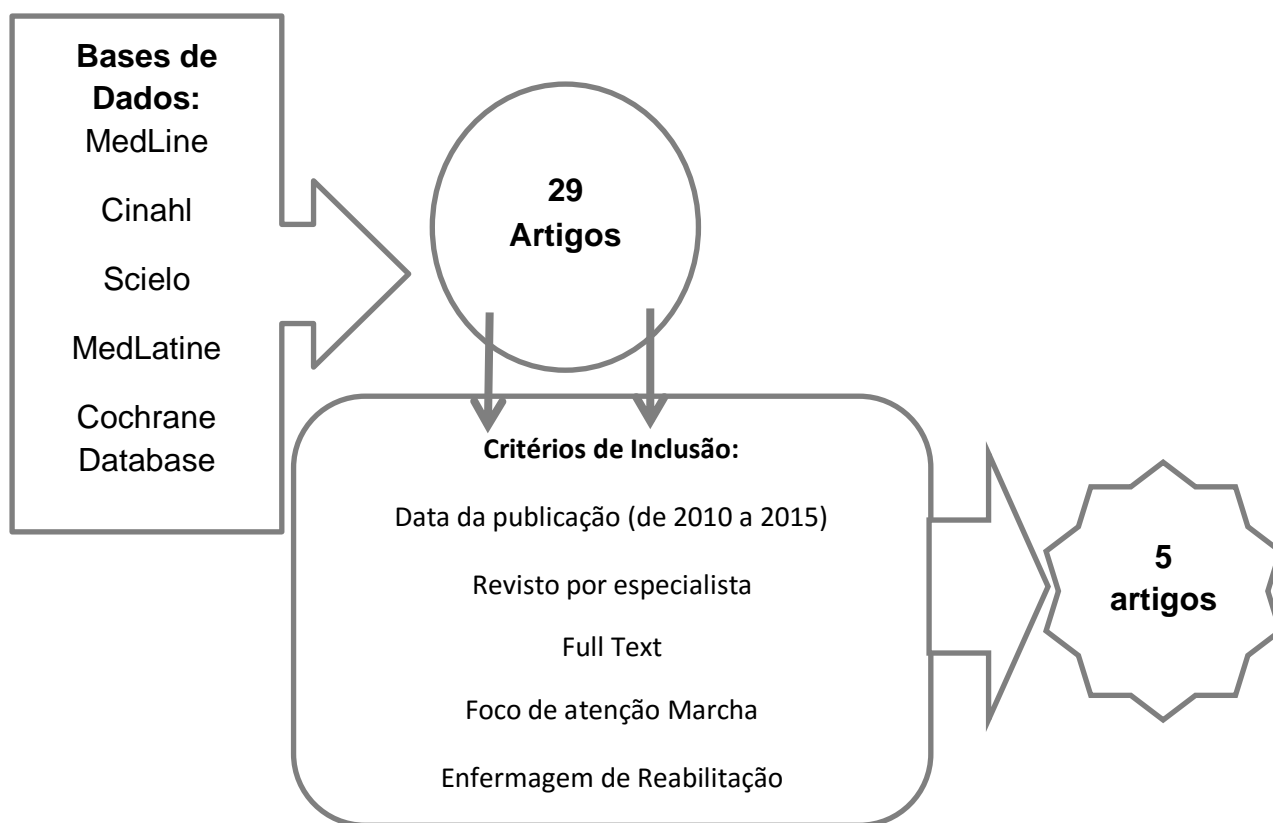


A verdadeira condição imprescindível para a prática da Reabilitação, enquanto arte, assenta na sensibilidade que o profissional em Reabilitação tem e na conjugação da dicotomia – vontade da pessoa e “ideal ou potencial concretizável” da mesma (Hesbeen, 2001).

#### 4.2. Plano de Trabalho e Métodos

Relativamente ao plano de trabalho e métodos, defino como objetivo geral do projeto desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na recuperação da marcha e como objectivos específicos do projeto: desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista; desenvolver competências específicas do EEER; prestar cuidados especializados de reabilitação à pessoa na recuperação da marcha; promover a autonomia da pessoa na recuperação da marcha pela utilização de produtos de apoio.

Para dar resposta à problemática foi efetuada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas. Para uma melhor compreensão da mesma, esquematiza-se a metodologia utilizada.



Da pesquisa bibliográfica realizada, por forma a identificar os principais conceitos inerentes a esta problemática e à intervenção do EEER na mesma, evidencia-se Berger e Mailloux-Poirier (1995) quando referem que saúde e bem-estar da pessoa dependem da sua capacidade para se mover e mobilizar os membros.

Estes autores acrescentam, ainda, que a mobilização de todas as partes do corpo através de movimentos coordenados e a manutenção de um bom alinhamento corporal permitem ao organismo desempenhar eficazmente todas as suas funções (respiração, circulação, regulação, eliminação, etc.) (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Neste sentido, a mobilização precoce é uma terapia que traz benefícios físicos, psicológicos e evita os riscos da hospitalização prolongada, diminuindo a incidência de complicações, acelerando a recuperação. É, por isso, considerada uma terapia que otimiza a recuperação funcional, particularmente nos primeiros dias de internamento (Castro, 2013).

A imobilidade, o descondicionamento físico e a fraqueza muscular são os problemas mais frequentes e que estão associadas a uma maior incapacidade, exigindo reabilitação prolongada para que seja possível o regresso ao seu nível basal de funcionamento. Deste modo, o levante precoce é identificado como estratégia terapêutica para melhorar a funcionalidade da pessoa e acelerar o regresso ao quotidiano (Pinheiro & Christofolletti, 2012).

A realização do presente trabalho surge de forma a analisar qual a problemática que envolve as alterações ao padrão da marcha, tendo como pergunta de partida “Quais as competências que o EEER deve desenvolver para dar resposta às necessidades da pessoa na recuperação da marcha?”. A partir desta identifico como perguntas secundárias à pergunta de partida, “Quais as intervenções específicas do EEER para operacionalizar o treino de marcha?”; “Quais as intervenções do EEER a operacionalizar nos cuidados à pessoa na recuperação da marcha?” e ainda, “Qual a intervenção do EEER na aplicação de produtos de apoio no treino de marcha?”.

A enfermagem de reabilitação é considerada pela OE (2011a) uma área de intervenção da enfermagem, de excelência e referência, que previne, recupera e

habilita de novo pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação crônica, que culminam em déficit funcional.

Hesbeen (2003) afirma, ainda, que reabilitação combina disciplina e espírito, cujo objetivo é trabalhar para que a pessoa atingida por uma deficiência/incapacidade se torne independente quanto possível, cabendo ao enfermeiro de reabilitação estimular capacidades ou recuperar habilidades perdidas.

Como já mencionado anteriormente, a imobilidade é responsável por inúmeras complicações, incluindo a atrofia e a fraqueza muscular, pelo que vários estudos demonstram que o tipo de mobilização mais afetada, em situações de imobilidade, é a deambulação com 55,1% e 53% (Bourdin et al, 2010).

Mota e Silva (2012) afirmam que a mobilização precoce leva a uma redução dos efeitos predisponentes do repouso no leito. Após avaliação global da pessoa, com recurso a exames complementares de diagnóstico, indicação médica validada, sinais vitais estáveis (ausência de dor, fadiga, dispneia) determina-se o tipo, frequência e intensidade da atividade. Para os mesmos autores a atividade pode variar do movimento passivo, sentar na cama, transferir e deambular.

O EEER concebe e implementa programas de reeducação funcional motora com particular importância na mobilização, posicionamentos terapêuticos, atividades terapêuticas como rolar, ponte, facilitação cruzada, auto mobilização, treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico), treino de marcha com e sem produtos de apoio e treino de subir e descer escadas, com a finalidade manter as funções que irão facilitar a marcha (OE, 2013).

A avaliação da marcha é, por isso, uma medida importante para perceber como vai evoluir a situação da pessoa após a alta, uma vez que as limitações levam ao condicionamento da autonomia nas atividades de vida diárias.

Existe uma relação entre a capacidade da marcha e o retorno à independência nas atividades de vida, a dependência física definida por vezes como incapacidade funcional é a principal causa para o não autocuidado (Petronilho, 2007), para além disto acresce uma predisposição (da diminuição da capacidade da marcha) para o isolamento social (Baixinho, 2008).

Ao iniciar-se o treino de marcha são estabelecidas metas em ambiente seguro, havendo necessidade da pessoa apresentar equilíbrio estático de pé, o que exige uma avaliação do momento certo para se iniciar este treino. Quando este equilíbrio não se mostra presente o EEER pode sempre recorrer aos produtos de apoio (OE, 2013).

No âmbito das suas intervenções, o EEER utiliza técnicas específicas de reabilitação com recurso a produtos de apoio, definidos pelo Instituto Nacional de Reabilitação apresentados como “qualquer produto (...) especialmente produzido e disponível, para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar qualquer impedimento, limitação da actividade e restrição na participação”(Despacho nº 144278/2014, p.29643).

Os produtos de apoio são utilizados de modo a atenuar o problema detetado, sendo estes meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida, culminando em atividades mais independentes.

Estes produtos de apoio ajudam a um posicionamento correto do corpo bem como à sua estabilização, permitindo ainda correção de deformidades e execução de tarefas de forma segura (Menoita et al, 2012). Em Anexo I apresento a legislação em vigor sobre os produtos de apoio, onde se identificam os produtos de prescrição médica obrigatória, bem como os que são prescritos por equipa técnica multidisciplinar.

Baixinho (2008) afirma que quanto mais cedo a pessoa for competente para a marcha mais cedo recupera a independência para as outras atividades, contribuindo seguramente para a sua reinserção na sociedade. O fator que mais contribui para que as pessoas possam viver nas suas casas é a promoção da autonomia face ao autocuidado.

Os cuidados de enfermagem devem ser prestados com o maior envolvimento possível da pessoa/família, de forma a não condicionar a independência no autocuidado, incluindo a capacidade da marcha (Baixinho, 2008).

Com o intuito de garantir a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da elaboração deste projeto, delinee atividades para cada

objetivo específico, que se encontram identificadas em Apêndice I, e que pretendo desenvolver nos dois contextos de estágio.

Por ser uma temática abrangente, esta poderá tornar-se também uma mais-valia pelo contributo global para a Enfermagem de Reabilitação, onde se evidencia a sua aplicabilidade em contexto clínico.

Ao intervir como futura EEER, e ao implementar intervenções dirigidas à pessoa com alterações da mobilidade, é também expectável que proporcione ganhos em saúde associados à minha intervenção.

O cronograma elaborado para as atividades descritas encontra-se em Apêndice II.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Tendo por base as premissas mencionadas anteriormente, o presente trabalho tem como objetivo servir de guia orientador para a minha formação e para o desenvolvimento de competências como futura EEER, considerando-me como principal responsável pela minha aprendizagem.

Este projeto será implementado no 3º semestre e da sua operacionalização culminará a elaboração do relatório de estágio, que será submetido a discussão pública para a obtenção do grau de mestre.

Com a elaboração deste projeto, e na tentativa de documentar a intervenção do EEER assente em prática baseada na evidência, através da revisão bibliográfica realizada, constatei que, de entre os profissionais implicados na reabilitação da pessoa, existe muito pouca evidência sobre a intervenção do EEER no âmbito do tema central do projeto.

Este facto poderá dever-se à escassa ou inexistente formação e investigação desenvolvida na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação no mundo.

Em Portugal, apesar de atualmente se verificar uma aposta significativa na formação e investigação em Enfermagem de Reabilitação, a qual apresenta muito maior relevância que na maioria dos outros países, os trabalhos publicados e disponíveis nas bases de dados científicas são diminutos relativamente à evidência produzida por outros profissionais de reabilitação do contexto português.

Assim, o desenvolvimento deste projeto assume particular importância para o desenvolvimento das competências de EEER e para a promoção de ganhos em saúde da pessoa com necessidade de recuperação da marcha.

No mesmo sentido, a sua futura divulgação procurará contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem, de uma forma geral, e especificamente da Enfermagem de Reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, M., Dotte, P. (2002). Gestos e activação para pessoas idosas – Ergomotricidade e cuidado gerontológico (M. G. T. M. Jesus, trad.) Loures: Lusociência. (tradução do original em francês Gestes et activation pour personnes âgées, Paris: Maloine,1998).
- Association of Rehabilitation Nurses (2015). Make a Difference. Chicago: ARN <http://www.rehabnurse.org/>. Acedido em 2015/04/22.
- Baixinho, C. (2008). Capacidade de marcha após fratura do colo do fémur – Revisão sistemática de literatura. Revista Referência 2 (8), 79-86.
- Berger, L., Mailloux-poirier, D. (1995). Cuidados de enfermagem em gerontologia – Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta.
- Bourdin, G., Barbier,J., Burle,J., Durante, G.,Passant,S., Vincent,B., ...Gue´rin, C. (2010).The Feasibility of Early Physical Activity in Intensive Care Unit Patients: A Prospective Observational One-Center Study RESPIRATORY CARE. 55 (4), 400-407.
- Carreira, E. (2012). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Reeducação da Marcha na Pessoa/Família com Alterações Neurológicas*. Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém. Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre na Especialidade Enfermagem de Reabilitação. Santarém.
- Castro, J. (2013). A importância da Mobilização Precoce em pacientes Internados na unidade de terapia intensiva (UTI): Revisão de Literatura. Persp. Online: biol.& saúde, 10(3), 15-23.

Cunha, A., Cardoso, L., Oliveira, V. (2005). Autocuidado: Teoria de enfermagem de Dorothea Orem. Revista Sinais Vitais, 61, 36-40.

Despacho nº 144278/2014. Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA). Diário da República série 2, N.º 229 (23 /03/2014) 29643.

Favera, J., Pranke, G., Teixeira, C., Alves, R., Lemos, L., Mota, C. (2010). Análise cinemática na compreensão da postura de membros inferiores durante a marcha humana. Salusvita. 29 (1). 69-78.

Hesbeen, W. (2001). A Reabilitação: Criar novos caminhos (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do francês La réadaptation, 2001, Éditions Seli Arslan SA).

Hoeman, S. (2000). Enfermagem de Reabilitação – Processo e Aplicação (M. Abecasis, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Rehabilitation Nursing – Process and Application, 1986, Mosby, 2nd Edition)

Hoeman, S. (2011). Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados (C. Saraiva, L. Abecais, M. Madeira, M. Negrão, M. Leal Trad.). Loures: Lusodidacta (Tradução do original do inglês Rehabilitation Nursing – Process and Application, 2008, Mosby, 4nd Edition).

Kottke, F. Lehmann, J. (1994). Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen (4ed.) São Paulo: Manole.

Lima, A. M. N. (2014). A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade. (Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação publicada). Disponível no RIPVC. Acedido a 16/07/2015.

Magee, D., Sueki, D. (2012). Manual Para Avaliação Musculoesquelética. Brasil: Elsevier Brasil.



- attos, S. (2011). Fisioterapia motora no paciente crítico: uma revisão. Universidade Católica de Brasília. Artigo Especialização em Fisioterapia em Terapia Intensiva. Brasília.
- Medeiros, P., Heinz, C., Filipin, L., Vendrusculo, A., Virtuoso, J., Streit, I., Mazo, G. (2012). Estudo Correlacional entre parâmetros de avaliação de marcha e equilíbrio em idosas institucionalizadas. *ConScientiae Saude*. 11(3). 470-476.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.
- Moreira, D., Godoy, J., Júnior, W. (2004). *Anatomia e cinesiologia do aparelho locomotor*. Brasília: Thesaurus.
- Moreira, R. C. M. (2012). Mobilização Precoce De Pacientes Criticamente Doentes: ensaio clínico aleatorizado. Universidade Federal de Minas Gerais Dissertação de Mestrado em Ciências da Reabilitação. Belo Horizonte.
- Mota, C., Silva, V. (2012). A segurança da mobilização precoce em pacientes críticos: Uma revisão de literatura. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente* 1 (1), 83- 91. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.17564/2316-3798.2012v1n1p83-91>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boas práticas Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015c). Percurso e Programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson - Salvat Enfermaría.(Nursing: concepts of practice,1985. New York: McGraw-Hill).

Orem, D. (2001). Nursing: Concepts and Practice (6th ed). St. Louis. MO: Mosby.

Parada, F., Pereira, C. (2003). Da imobilidade ao condicionamento ao esforço: imobilidade – bases fisiopatológicas. Geriatria: Lisboa, 15 (153) 36-45.

Petronilho, F. A. S. (2007). Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F., Machado, M., Magalhães, M., Gago, E. (2012). Transição do adulto para a dependência no autocuidado Enfermagem Editora: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde <http://hdl.handle.net/1822/21658>. Acedido em 2015/07/12

Pinheiro, A. Christofolletti, G. (2012). Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. Revista brasileira terapia intensiva 24 (2), 188-196.

Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro.(2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, nº 35 (18-02-2011). 8658 – 8659.

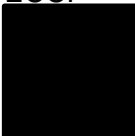

Souza, L., Faro, A. (2011). História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. Enfermería Global, 10 (24), 290-306. Acedido em 06/11/2014. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400022&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400022&script=sci_arttext&tlng=pt)



Tomey, A. & Alligood, M. (2002). Teóricas de enfermagem e sua obra. (5ªed).Loures: Lusociência.

## **APÊNDICES**

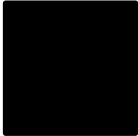
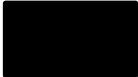
## **Apêndice I – Descrição de Tarefas e Resultados Esperados**


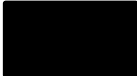
Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores / Resultados Esperados
<p>A1. Desenvolve uma Prática Profissional e Ética no seu Campo de Intervenção;</p> <p>A2. Promove Práticas de Cuidados que Respeitam os Direitos Humanos e as Responsabilidades Profissionais.</p>	<p><b>1. Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista</b></p>	<p>1. Integração nos contextos de estágio:</p> <p>1.1. Conhecimento da equipa de enfermagem, das normas e protocolos, e da cultura de cuidados;</p> <p>2. Participação na prestação de cuidados especializados de reabilitação;</p> <p>3. Participação na tomada de decisão em equipa;</p> <p>4. Envolvimento da pessoa/família na tomada de decisão;</p> <p>5. Tomada de decisão em respeito pelo Código Deontológico do Enfermeiro;</p> <p>6. Promover o respeito pelo Código Deontológico;</p> <p>7. Avaliação dos resultados das tomadas de decisão para promover o desenvolvimento da prática especializada;</p> <p>8. Reconhecimento de práticas de risco e adoção de medidas preventivas.</p>	<p>ECCI</p> <p>Serviço de Medicina</p>	<p>1. Ter demonstrado conhecimento da equipa de enfermagem, das normas e protocolos, e da cultura de cuidados de cada contexto;</p> <p>2. Ter participado na prestação de cuidados especializados de reabilitação, enquanto futura EEER;</p> <p>3. Ter-me envolvido e participado na tomada de decisão da equipa para planeamento dos cuidados;</p> <p>4. Ter envolvido a pessoa/família na tomada de decisão e planeamento dos cuidados;</p> <p>5. e 6. Ter demonstrado tomada de decisão e promoção do respeito pelo Código Deontológico;</p> <p>7. Ter demonstrado a avaliação contínua dos resultados das tomadas de decisão, enquanto aspeto fundamental para o desenvolvimento da prática especializada;</p> <p>8. Ter reconhecido práticas de risco e adotado medidas preventivas na prestação de cuidados.</p>
Recursos Humanos e Materiais	<p>Professor Orientador da ESEL; EEER Orientadores dos Estágios; Normas e protocolos dos contextos de Estágio; Computador com acesso à internet e às bases de dados científicas; Apontamentos das Unidades Curriculares (UC) do 1º e 2º Semestres; Referências eletrónicas e bibliográficas pertinentes.</p>			
CrITÉrios de Avaliação:	<p>Reflete sobre a execução das atividades, a implementação das estratégias e o seu contributo para atingir o objetivo. Descreve em que medida as atividades e estratégias planeadas e realizadas foram importantes para o desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.</p>			


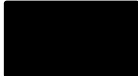
Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores / Resultados Esperados
<p>B1. Desempenha um Papel Dinamizador no Desenvolvimento e Suporte das Iniciativas Estratégicas Institucionais na Área da Governança Clínica;</p> <p>B2. Concebe, Gere e Colabora em Programas de Melhoria Contínua da Qualidade;</p> <p>B3. Cria e Mantém um Ambiente Terapêutico e Seguro.</p>	<p><b>1. Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista (Continuação)</b></p>	<p>9. Prestação de cuidados especializados na recuperação da marcha, relacionada com o projeto atual;</p> <p>10. Colaboração na prestação de cuidados nos outros âmbitos da área de intervenção do EEER, bem como em projetos em curso nos contextos de estágio;</p> <p>11. Avaliação contínua dos resultados dos cuidados especializados na recuperação da marcha;</p> <p>12. Divulgação dos resultados do projeto atual aos contextos de estágio;</p>	<p>ECCI</p> <p></p> <p>Serviço de Medicina</p> <p></p>	<p>9. Ter prestado cuidados de enfermagem especializados na recuperação da marcha;</p> <p>10. Ter colaborado na prestação de cuidados nos outros âmbitos da área de intervenção do EEER bem como em projetos em curso nos contextos de estágio;</p> <p>11. Ter demonstrado avaliação sistemática dos cuidados especializados e dos seus resultados no âmbito da recuperação da marcha;</p> <p>12. Ter divulgado o desenvolvimento do projeto e os resultados atingidos nos contextos de estágio;</p>
Recursos Humanos e Materiais	<p>Professor Orientador da ESEL; EEER Orientadores dos Estágios; Normas e protocolos dos contextos de Estágio; Computador com acesso à internet e às bases de dados científicas; Apontamentos das Unidades Curriculares (UC) do 1º e 2º Semestres; Referências eletrônicas e bibliográficas pertinentes. Sistema de Informação em Enfermagem dos Contextos.</p>			
Crítérios de Avaliação:	<p>Reflete sobre a execução das atividades, a implementação das estratégias e o seu contributo para atingir o objetivo. Descreve em que medida as atividades e estratégias planeadas e realizadas foram importantes para o desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER no domínio da melhoria da qualidade.</p>			


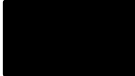
Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores / Resultados Esperados
<p>B1. Desempenha um Papel Dinamizador no Desenvolvimento e Suporte das Iniciativas Estratégicas Institucionais na Área da Governança Clínica;</p> <p>B2. Concebe, Gere e Colabora em Programas de Melhoria Contínua da Qualidade;</p> <p>B3. Cria e Mantém um Ambiente Terapêutico e Seguro.</p>	<p><b>1. Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista (Continuação)</b></p>	<p>13. Avaliação da qualidade dos cuidados prestados;</p> <p>14. Identificação de oportunidades de melhoria da qualidade na prática;</p> <p>15. Estabelecimento de prioridades e estratégias de melhoria da qualidade da prática de cuidados especializados;</p> <p>16. Prestação de cuidados respeitando as necessidades particulares, de índole cultural, religiosa e espiritual;</p> <p>17. Reconhecimento de práticas de risco, clínico e ocupacional, e adoção de medidas preventivas;</p> <p>18. Colaboração na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.</p>	<p>ECCI</p>  <p>Serviço de Medicina</p> 	<p>13. Ter demonstrado o recurso à evidência científica e normas necessárias para avaliação da qualidade dos cuidados prestados;</p> <p>14. Ter identificado oportunidades de melhoria da qualidade na prática;</p> <p>15. Ter estabelecido prioridades e estratégias de melhoria da qualidade da prática de cuidados especializados;</p> <p>16. Ter demonstrado uma prática que respeita as necessidades particulares, de índole cultural, religiosa e espiritual da pessoa e família;</p> <p>17. Ter reconhecido práticas de risco, clínico e ocupacional, e adotado medidas preventivas;</p> <p>18. Ter colaborado na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.</p>
Recursos Humanos e Materiais	<p>Professor Orientador da ESEL; EEER Orientadores dos Estágios; Normas e protocolos dos contextos de Estágio; Computador com acesso à internet e às bases de dados científicas; Apontamentos das Unidades Curriculares (UC) do 1º e 2º Semestres; Referências eletrônicas e bibliográficas pertinentes. Sistema de Informação em Enfermagem dos Contextos.</p>			
CrITÉrios de Avaliação:	<p>Reflete sobre a execução das atividades, a implementação das estratégias e o seu contributo para atingir o objetivo. Descreve em que medida as atividades e estratégias planeadas e realizadas foram importantes para o desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER no domínio da melhoria da qualidade.</p>			




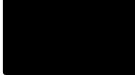
Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores / Resultados Esperados
C1. Gere os Cuidados, Optimizando a Resposta da Equipa de Enfermagem e seus Colaboradores e a Articulação na Equipa Multiprofissional; C2. Adapta a Liderança e a Gestão dos Recursos às Situações e ao Contexto Visando a Optimização da Qualidade dos Cuidados.	<b>1. Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista (Continuação)</b>	19. Optimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; 20. Optimização dos cuidados em função dos recursos adequados às necessidades; 21. Orientação e supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados.	ECCI   Serviço de Medicina 	19. Ter colaborado nas decisões da equipa multiprofissional, através da intervenção no planeamento dos cuidados de enfermagem e encaminhamento para outros profissionais, quando necessário; 20. Ter demonstrado optimização dos cuidados em função dos recursos e adequados às necessidades da pessoa/família; 21. Ter orientado e supervisionado as tarefas delegadas, com base em orientações clínicas válidas, procurando avaliar continuamente os cuidados prestados, em situação de delegação.
Recursos Humanos e Materiais	Professor Orientador da ESEL; EEER Orientadores dos Estágios; Normas e protocolos dos contextos de Estágio; Computador com acesso à internet e às bases de dados científicas; Apontamentos das Unidades Curriculares (UC) do 1º e 2º Semestres; Referências eletrónicas e bibliográficas pertinentes. Sistema de Informação em Enfermagem dos Contextos.			
CrITÉrios de AvaliaÇão:	Reflete sobre a execuÇão das atividades, a implementaÇão das estratégias e o seu contributo para atingir o objetivo. Descreve em que medida as atividades e estratégias planeadas e realizadas foram importantes para o desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenÇão do EEER no domínio da gestão dos cuidados.			

Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores / Resultados Esperados
D1. Desenvolve o Autoconhecimento e a Assertividade; D2. Baseia a sua Praxis Clínica Especializada em Sólidos e Válidos Padrões de Conhecimento.	<b>1. Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista (Continuação)</b>	22. Desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade de modo a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados; 23. Reconhecimento dos meus recursos e limites pessoais e profissionais; 24. Identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; 25. Contribuição para novos conhecimentos e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, em particular na intervenção do EEER na recuperação da marcha; 26. Aplicação de conhecimentos e rentabilização de oportunidades de aprendizagem, através da análise das situações clínicas.	ECCI  Serviço de Medicina 	22. Ter desenvolvido o autoconhecimento e demonstrado assertividade na prática, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados; 23. Ter evidenciado o reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais para melhorar continuamente a prática desenvolvida; 24. Ter procurado identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; 25. Ter contribuído para promover novos conhecimentos e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, nomeadamente na recuperação da marcha; 26. Ter demonstrado conhecimentos e rentabilizado oportunidades de aprendizagem, através da iniciativa na análise das situações clínicas identificadas, e no planeamento dos cuidados enquanto futura EEER.
Recursos Humanos e Materiais	Professor Orientador da ESEL; EEER Orientadores dos Estágios; Normas e protocolos dos contextos de Estágio; Computador com acesso à internet e às bases de dados científicas; Apontamentos das Unidades Curriculares (UC) do 1º e 2º Semestres; Referências eletrónicas e bibliográficas pertinentes. Sistema de Informação em Enfermagem dos Contextos.			
CrITÉrios de Avaliação:	Reflete sobre a execução das atividades, a implementação das estratégias e o seu contributo para atingir o objetivo. Descreve em que medida as atividades e estratégias planeadas e realizadas foram importantes para o desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.			

Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores / Resultados Esperados
J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;	<b>2. Desenvolver competências específicas do EEER</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades na pessoa, através de: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Recolha de informação pertinente;</li> <li>1.2. Utilização de escalas e instrumentos de medida;</li> <li>1.3. Identificação das necessidades de intervenção.</li> </ol> </li> <li>Conceção de planos de intervenção para promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado, no âmbito de ação do EEER, em parceria com a pessoa/cuidador;</li> <li>Implementação de intervenções com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</li> </ol>	<p>ECCI</p>  <p>Serviço de Medicina</p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ter avaliado a funcionalidade e diagnosticado alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades na pessoa, utilizando a informação recolhida, aplicando escalas e instrumentos de medida e identificando necessidades de intervenção;</li> <li>Ter planeado e implementado intervenções promotoras de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado, ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, em parceria com a pessoa/cuidador;</li> <li>Ter prestado cuidados com o objetivo de implementar planos de intervenção para a redução do risco programas de reeducação funcional ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</li> </ol>
Recursos Humanos e Materiais	Professor Orientador da ESEL; EEER Orientadores dos Estágios; Normas e protocolos dos contextos de Estágio; Computador com acesso à internet e às bases de dados científicas; Apontamentos das Unidades Curriculares (UC) do 1º e 2º Semestres; Referências eletrónicas e bibliográficas pertinentes. Sistema de Informação em Enfermagem dos Contextos.			
CrITÉrios de Avaliação:	Reflete sobre a execução das atividades, a implementação das estratégias e o seu contributo para atingir o objetivo. Descreve em que medida as atividades e estratégias planeadas e realizadas foram importantes para o desenvolvimento de competências específicas do EEER.			

Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores / Resultados Esperados
<p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p><b>2. Desenvolver competências específicas do EEER (Continuação)</b></p>	<p>4. Avaliação dos resultados das intervenções implementadas, em particular relativamente à recuperação da marcha;</p> <p>5. Elaboração e implementação de programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;</p> <p>6. Promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social;</p> <p>7. Conceção e implementação de programas de treino motor e cardio-respiratório;</p> <p>8. Avaliação e reformulação de programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>	<p>ECCI</p>  <p>Serviço de Medicina</p> 	<p>4. Ter avaliado o impacto da recuperação da marcha;</p> <p>5. Ter ensinado e supervisionado a pessoa e/ou cuidador nos treinos específicos de AVD's, com recurso a ajudas técnicas;</p> <p>6. Ter demonstrado conhecimentos sobre legislação, promovendo a sensibilização para a identificação e eliminação de barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa;</p> <p>7. e 8. Ter realizado e avaliado continuamente ensinamentos sobre técnicas para maximizar o desempenho motor e cardio-respiratório, considerando os objetivos e singularidade individualidade da pessoa.</p>
Recursos Humanos e Materiais	<p>Professor Orientador da ESEL; EEER Orientadores dos Estágios; Normas e protocolos dos contextos de Estágio; Computador com acesso à internet e às bases de dados científicas; Apontamentos das Unidades Curriculares (UC) do 1º e 2º Semestres; Referências eletrónicas e bibliográficas pertinentes. Sistema de Informação em Enfermagem dos Contextos.</p>			
CrITÉRIOS de Avaliação:	<p>Reflete sobre a execução das atividades, a implementação das estratégias e o seu contributo para atingir o objetivo. Descreve em que medida as atividades e estratégias planeadas e realizadas foram importantes para o desenvolvimento de competências específicas do EEER.</p>			

Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores / Resultados Esperados
<p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p><b>3.</b></p> <p><b>Prestar cuidados especializados de reabilitação à pessoa na recuperação da marcha</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pesquisa bibliográfica em bases de dados sobre referenciais teóricos atuais e prática baseada na evidência sobre recuperação da marcha, treino de marcha e cuidados especializados à pessoa na recuperação da marcha;</li> <li>2. Identificação das principais orientações clínicas sobre a intervenção do EEER neste âmbito, tendo em consideração a evidência encontrada, os aportes desenvolvidos nas UC e a prática desenvolvida nos contextos;</li> <li>3. Prestação de cuidados especializados de reabilitação na recuperação da marcha;</li> <li>4. Avaliação contínua dos cuidados prestados e dos resultados atingidos;</li> <li>5. Capacitação da pessoa para a marcha.</li> </ol>	<p>ECCL</p> <p>Serviço de Medicina</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ter apresentado fundamentação teórica atual e sustentada em prática baseada em evidência para o desenvolvimento do projeto;</li> <li>2. Ter apresentado as principais linhas de orientação clínica da prática especializada de reabilitação na recuperação da marcha, treino de marcha;</li> <li>3. Ter prestado cuidados de enfermagem, enquanto futura EEER, na recuperação da marcha;</li> <li>4. Ter demonstrado a avaliação contínua dos cuidados prestados;</li> <li>5. Ter contribuído para a capacitação da pessoa para a marcha.</li> </ol>
Recursos Humanos e Materiais	Professor Orientador da ESEL; EEER Orientadores dos Estágios; Normas e protocolos dos contextos de Estágio; Computador com acesso à internet e às bases de dados científicas; Apontamentos das Unidades Curriculares (UC) do 1º e 2º Semestres; Referências eletrônicas e bibliográficas pertinentes; Notas de Campo; Sistema de Informação em Enfermagem dos Contextos.			
CrITÉRIOS de Avaliação:	Reflete sobre a execução das atividades, a implementação das estratégias e o seu contributo para atingir o objetivo. Descreve em que medida as atividades e estratégias planeadas e realizadas foram importantes para o desenvolvimento de competências específicas do EEER, particularizando a prestação de cuidados especializados de reabilitação à pessoa na recuperação da marcha.			

Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores / Resultados Esperados
<p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p><b>4.</b></p> <p><b>Promover a autonomia da pessoa na recuperação da marcha pela utilização de produtos de apoio</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pesquisa bibliográfica em bases de dados sobre referenciais teóricos atuais e prática baseada na evidência sobre recuperação da marcha, treino de marcha e cuidados especializados à pessoa na recuperação da marcha com produtos de apoio;</li> <li>2. Identificação das principais orientações clínicas sobre a intervenção do EEER neste âmbito, tendo em consideração a evidência encontrada, os aportes desenvolvidos nas UC e a prática desenvolvida nos contextos;</li> <li>3. Prestação de cuidados especializados de reabilitação na recuperação da marcha com produtos de apoio;</li> <li>4. Avaliação contínua dos cuidados prestados e dos resultados atingidos;</li> <li>5. Capacitação da pessoa para a marcha e treino de marcha com produtos de apoio.</li> </ol>	<p>ECCI</p>  <p>Serviço de Medicina</p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ter apresentado fundamentação teórica atual e sustentada em prática baseada em evidência para o desenvolvimento do projeto;</li> <li>2. Ter apresentado as principais linhas de orientação clínica da prática especializada de reabilitação na recuperação da marcha, treino de marcha com produtos de apoio;</li> <li>3. Ter prestado cuidados de enfermagem, enquanto futura EEER, na recuperação da marcha com produtos de apoio;</li> <li>4. Ter demonstrado a avaliação contínua dos cuidados prestados;</li> <li>5. Ter contribuído para a capacitação da pessoa no andar, através da recuperação da marcha com produtos de apoio.</li> </ol>
Recursos Humanos e Materiais	Professor Orientador da ESEL; EEER Orientadores dos Estágios; Normas e protocolos dos contextos de Estágio; Computador com acesso à internet e às bases de dados científicas; Apontamentos das Unidades Curriculares (UC) do 1º e 2º Semestres; Referências eletrônicas e bibliográficas pertinentes; Notas de Campo; Sistema de Informação em Enfermagem dos Contextos.			
CrITÉRIOS de Avaliação:	Reflete sobre a execução das atividades, a implementação das estratégias e o seu contributo para atingir o objetivo. Descreve em que medida as atividades e estratégias planeadas e realizadas foram importantes para o desenvolvimento de competências específicas do EEER, particularizando a prestação de cuidados especializados de reabilitação à pessoa na recuperação da marcha.			

## **Apêndice II – Cronograma**

Ano		2015												2016										
Mês		Abril/Julho		Setembro / Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro		Março/Abril			
Local		ESEL		ECCI ██████████												Pausa Letiva	Serviço de Medicina ██████						ESEL	
1º dia da Semana		ELABORAÇÃO DO PROJETO		28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14		4	11	18	25	1	8	ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO	
Objetivos Específicos	1																							
	2																							
	3																							
	4																							



**ANEXOS**

## **Anexo I – Legislação de Produtos de Apoio**

9 — Composição do júri: (nos termos do artigo 21.º, da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de janeiro, alterada pela Portaria n.º 145-A/2011, de 6 de abril):

Presidente: Maria do Conceição Marques Rodrigues, Vogal da CAP; Vogais Efetivos:

Maria Filomena Máximo Gonçalves Martins, professora do Quadro de Agrupamento do grupo 110;

Maria do Céu Dantas Carneiro da Silva, Professora do Quadro de Agrupamento do Grupo 110;

Vogais suplentes:

Maria Teresa da Conceição Dias Ribeiro, Coordenadora Técnica; Maria Clementina Rodrigues Melro Cubal, Assistente Técnica.

9.1 — O presidente do júri será substituído nas suas faltas e impedimentos, por um dos vogais efetivos.

10 — A publicação da lista unitária de ordenação final será disponibilizada na página web do Agrupamento (<http://aecom.edu.pt/>) e no átrio da Escola Sede do Agrupamento, para conhecimento de todos os interessados.

11 — Notificação dos candidatos — Os candidatos serão notificados através de uma das formas a que se refere o n.º 3 do artigo 13.º da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de janeiro, alterada pela Portaria n.º 145-A/2011, de 6 de abril.

12 — Em cumprimento da alínea *h*) do artigo 9.º da Constituição, «A Administração Pública, enquanto entidade empregadora, promove ativamente uma política de igualdade e oportunidade entre homens e mulheres no acesso ao emprego e progressão profissional, escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação.»

13 — Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 19.º da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de janeiro, alterada pela Portaria n.º 145-A/2011, de 6 de abril, o presente Aviso será publicado na Bolsa de Emprego Público ([www.bep.gov.pt](http://www.bep.gov.pt)) no 1.º dia útil seguinte à presente publicação no *Diário da República*, na página web do Agrupamento de Escolas Sidónio Pais e, por extrato, no prazo máximo de 3 dias úteis contados da mesma data, num jornal de expansão nacional.

14 — Em conformidade com a alínea *a*) do artigo 103.º, do CPA, não haverá audiência aos candidatos, face à urgência destes procedimentos já referidos no ponto 6 deste Aviso.

15 — Este concurso é válido para eventuais contratações que ocorram durante o presente ano escolar.

16 — Em tudo o que não esteja previsto neste Aviso, aplicam-se as normas constantes da legislação atualmente em vigor.

14 de novembro de 2014. — A Presidente da CAP, *Maria Esteves*.  
208236683

#### Agrupamento de Escolas de Viana do Alentejo

##### Aviso (extrato) n.º 13134/2014

Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 95.º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de março, faz-se público que se encontra afixada nos estabelecimentos de educação pré-escolar e escolas do agrupamento, a lista de antiguidade do pessoal docente reportada a 31 de agosto de 2014.

Os docentes dispõem de 30 dias a contar da data de publicação deste aviso no *Diário da República* para reclamação ao dirigente máximo do serviço.

17 de novembro de 2014. — A Diretora, *Maria Manuel Carvalho Aleixo*.

208237728

#### Agrupamento de Escolas Viseu Sul

##### Louvor n.º 607/2014

A professora Margarida Maria Rodrigues Gonçalves Martins, passou recentemente à situação de aposentada, após profícua atividade profissional, servindo com elevado brio a causa da educação.

Na oportunidade, considero de elementar justiça dar público tributo de apreço e reconhecimento, pela forma exemplar como soube gerir ao longo do tempo a sua carreira profissional, pondo ao serviço desta causa todo o seu saber, disponibilidade e empenhamento.

Considero, por isso, que a sua ação é merecedora de público louvor.

17 de novembro de 2014. — O Diretor, *João Alberto Chaves Caiado Rodrigues*.

208240205

## MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE, EMPREGO E SEGURANÇA SOCIAL

Instituto do Emprego e da Formação Profissional, I. P.

### Deliberação (extrato) n.º 2148/2014

O Conselho Diretivo do Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P. (IEFP, I. P.), no uso da competência que lhe foi delegada pela Ministra de Estado e das Finanças e pelo Ministro da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, através do Despacho n.º 16371/2013, de 5 de dezembro de 2013, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 245, de 18 de dezembro de 2013.

Considerando o processo de contratação a desenvolver pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P. (IEFP, I. P.), para prestação de serviços de gestão, reparação e manutenção de frota automóvel do IEFP, I. P., para o ano de 2015, num total de 386 viaturas, através do ajuste direto, no âmbito do concurso público com publicação no JOUE, nos termos da alínea *b*) do n.º 1 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro.

Considerando que:

*a*) O contrato vigorará por um período de 12 meses, com início a 1 de janeiro e conclusão a 31 de dezembro de 2015 e tem um valor global de 425.927,27 €, com IVA incluído;

*b*) Nos termos do n.º 1 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de junho, o presente procedimento dará lugar a encargo orçamental em ano que não o da sua realização;

*c*) Os encargos inerentes à celebração do mencionado contrato envolvem somente receitas próprias do Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P. e,

*d*) O Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P., não tem quaisquer pagamentos em atraso.

Foi deliberado, em reunião de Conselho Diretivo, de 23 de outubro de 2014:

1 — Autorizar a assunção dos encargos decorrentes da celebração do contrato de prestação de serviços de gestão, reparação e manutenção de frota automóvel do IEFP, I. P., para o ano de 2015, num total de 386 viaturas, até ao montante máximo de 346.282,33 €, acrescido de IVA à taxa legal em vigor.

2 — Os encargos financeiros resultantes da presente deliberação são satisfeitos pelas adequadas verbas inscritas, ou a inscrever, no orçamento do IEFP, I. P.

14 de novembro de 2014. — O Vogal do Conselho Diretivo, *Francisco Xavier Soares de Albergaria d'Aguiar*.

208236278

#### Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P.

### Despacho n.º 14278/2014

#### Lista de produtos de apoio

Considerando que a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência dispõe que cabe aos Estados Partes tomar as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em condições de igualdade com os demais, ao ambiente físico, ao transporte, à informação e comunicações, incluindo as tecnologias e sistemas de informação e comunicação e a outras instalações e serviços abertos ou prestados ao público, permitindo às pessoas com deficiência viverem de modo independente e participarem plenamente em todos os aspetos da vida.

Considerando que a Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto, que define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação das pessoas com deficiência, dispõe que compete ao Estado o fornecimento, adaptação, manutenção ou renovação dos meios de compensação que forem adequados, com vista a uma maior autonomia e adequada integração por parte daquelas pessoas.

Considerando que o Decreto-Lei n.º 93/2009, de 16 de abril, alterado pelo Decreto-Lei n.º 42/2011, de 23 de março, criou o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) ao qual todas as pessoas com deficiência e pessoas com incapacidades temporárias podem recorrer.

Considerando que o artigo 10.º determina que a elaboração da lista de produtos de apoio, tendo como referência o constante nas normas ISO 9999, é objeto de despacho do Presidente do Conselho Diretivo do INR, I. P., o qual deve identificar os produtos suscetíveis de ser reutilizados.

Códigos ISO	Categorias	Prescrição Equipa Multidisciplinar	Prescrição Médica Obrigatória
05 03 09	Materiais para desenvolvimento de competências de escrita.	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Otorrinolaringologista ou Psicólogo ou Terapeuta da Fala ou Docente de Educação Especial.	
	<b>Produtos de apoio para treino de comunicação alternativa e aumentativa</b>		
05 06 03	Produtos de apoio para treino de alfabeto tátil. . .	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala ou Psicólogo.	
05 06 06	Produtos de apoio para treino de linguagem de sinais	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala ou Psicólogo.	
05 06 09	Produtos de apoio para treino de leitura labial. . . .	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala, ou Psicólogo.	
05 06 12	Equipamento para treino de “cued speech” . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala, ou Psicólogo.	
05 06 15	Produtos de apoio para treino de Braille . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala, ou Psicólogo.	
05 06 18	Produtos de apoio para treino de símbolos tácteis excluindo o Braille.	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala, ou Psicólogo.	
05 06 21	Produtos de apoio para treino de símbolos icone-gráficos.	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala, ou Psicólogo.	
05 06 24	Produtos de apoio para treino de comunicação Bliss	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala, ou Psicólogo.	
05 06 27	Produtos de apoio para treino de comunicação com imagens e desenhos.	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala, ou Psicólogo.	
	<b>Ortóteses e Próteses</b>		
06 03 03	Ortóteses sacroilíacas (ortóteses pélvicas) . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 03 06	Ortóteses lombo-sagradas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 03 09	Ortóteses toraco-lombo-sagradas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 03 12	Ortóteses cervicais . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 03 15	Ortóteses cervico-torácicas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 03 18	Ortóteses cervico-toraco-lombo-sagradas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
	<b>Ortóteses para o membro superior (aplicadas ao corpo)</b>		
06 06 03	Ortóteses para os dedos . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 06 06	Ortóteses para a mão . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 06 12	Ortóteses para o punho e mão . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 06 15	Ortóteses para o cotovelo. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 06 19	Ortóteses para o cotovelo, punho e mão . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 06 21	Ortóteses para o ombro . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 06 24	Ortóteses para o ombro e cotovelo. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 06 30	Ortóteses para o ombro, cotovelo, punho e mão . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 06 33	Articulações do punho . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 06 36	Articulações do cotovelo . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 06 39	Articulações do ombro. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
	<b>Ortóteses para o membro inferior</b>		
06 12 03	Ortóteses para pé . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 12 06	Ortóteses para pé e tornozelo. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 12 09	Ortóteses para joelho . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 12 12	Ortóteses para joelho, tornozelo e pé. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 12 18	Ortóteses para anca, joelho, tornozelo e pé . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 12 21	Articulações para tornozelo . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 12 24	Articulações para joelho . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
06 12 27	Articulações para anca. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
	<b>Sistemas de próteses para o membro superior</b>		
06 18 03	Próteses parciais para mão . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 06	Próteses para desarticulação do punho . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 09	Próteses transradiais (abaixo do cotovelo). . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 12	Próteses para desarticulação do cotovelo. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 15	Próteses transumerais (acima do cotovelo) . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 18	Próteses para desarticulação do ombro . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 21	Próteses para amputação da cintura escapular. . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 24	Mãos protésicas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 25	Ganchos . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 30	Unidades de punho. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 33	Unidades de cotovelo. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 36	Unidades de ombro . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 39	Articulações externas para sistemas de próteses para o membro superior.	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.

Códigos ISO	Categorias	Prescrição Equipa Multidisciplinar	Prescrição Médica Obrigatória
06 18 40	Unidades de rotação umeral. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 41	Unidades adicionais de flexão umeral . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 18 42	Unidades de alinhamento para sistemas de próteses do membro superior.	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 21	Próteses cosméticas e não funcionais do membro superior.	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
<b>Sistemas de próteses para o membro inferior</b>			
06 24 03	Próteses parciais do pé. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 06	Próteses para desarticulação do tornozelo . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 09	Próteses transtibiais (abaixo do joelho) . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 12	Próteses para desarticulação do joelho . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 15	Próteses transfemorais (acima do joelho) . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 18	Próteses para desarticulação da anca . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 21	Próteses transpélvicas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 24	Próteses para hemipelvectomy . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 27	Dispositivos para tornozelo e pé (pé protésico) . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 30	Redutores de torque . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 31	Absorvedores de choque . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 33	Unidades do joelho . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 36	Unidades da anca . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 37	Articulações externas para sistemas de próteses para o membro inferior.	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 41	Meias (pré-fabricadas) . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 24 40	Interfaces — Encaixes transtibiais e transfemorais	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
06 27	Próteses cosméticas e não funcionais do membro inferior.	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Fisiatra.
<b>Outras próteses excluindo as próteses dos membros</b>			
06 30 03	Cabeleiras. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Médico de qualquer especialidade	Médico de qualquer especialidade.
06 30 18	Próteses mamárias . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	Fisiatra e Cirurgião.
06 30 21	Próteses oculares . . . . .		Oftalmologista.
06 30 24	Próteses das orelhas . . . . .		Otorrinolaringologista ou Cirurgião Plástico.
06 30 27	Próteses do nariz . . . . .		Otorrinolaringologista ou Cirurgião Plástico.
06 30 33	Próteses do palato . . . . .		Estomatologista ou Maxilo-Facial ou Otorrinolaringologista ou Cirurgião Plástico.
06 30 36	Dentaduras . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Estomatologista ou Dentista . . . . .	Estomatologista ou Maxilo-Facial.
<b>Calçado ortopédico</b>			
06 33 06	Calçado feito por medida . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Ortopedista ou Fisiatra . . . . .	Ortopedista ou Fisiatra.
<b>Produtos de apoio para vestir e despir</b>			
09 09 03	Produtos de Apoio para calçar meias e collants . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
09 09 06	Calçadeiras para sapatos e botas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
09 09 09	Seguradores de roupa. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
09 09 12	Ganchos e cabos para vestir e despir . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
09 09 15	Puxadores de fechos eclair. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
09 09 18	Ganchos para abotoar. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
<b>Produtos de apoio para higiene pessoal</b>			
09 12 03	Cadeiras sanitárias (com ou sem rodas giratórias) . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
09 12 15	Assentos de sanita elevados (com fixação fácil) . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
09 12 24	Apoios de braços e ou encosto montado na própria sanita. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
09 12 33	Arrastadeiras . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	Médico de qualquer especialidade.



Códigos ISO	Categorias	Prescrição Equipa Multidisciplinar	Prescrição Médica Obrigatória
	<b>Produtos de apoio para traqueostomia</b>		
09 15 03	Câmulas. ....	Equipa Multidisciplinar com Médico de qualquer especialidade	Médico de qualquer especialidade.
09 15 06	Protetores do estoma ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
	<b>Produtos de apoio para ostomia</b>		
09 18 04	Sacos sem drenagem, com uma peça. ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 05	Sacos fechados, com mais do que uma peça ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 07	Sacos com abertura, com uma peça, com válvula antirefluxo.	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 08	Sacos com abertura, com mais do que uma peça, com válvula antirefluxo.	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 09	Ligaduras de pressão ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 13	Chapas e cintos de pressão ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 14	Placas adesivas. ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 15	Fechos de sacos ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 18	Absorventes de cheiro e desodorizantes ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 21	Bolsas de apoio para os sacos de ostomia ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 24	Material de irrigação ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 30	Protetor de estoma ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 33	Cateteres de drenagem de estoma ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 36	Seringas de lavagem ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 39	Sacos com abertura, de peça única ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 18 42	Sacos com cobertura, com mais de uma peça ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
	<b>Sistemas de drenagem de urina</b>		
09 24 03	Algalias com balão. ....	Equipa Multidisciplinar com Médico de qualquer especialidade	Médico de qualquer especialidade.
09 24 06	Algalias de drenagem. ....	Equipa Multidisciplinar com Médico de qualquer especialidade	Médico de qualquer especialidade.
09 24 09	Dispositivos urinários para homem ....	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
	<b>Produtos colectores de urina</b>		
09 27 05	Sacos coletores de urina, com abertura, aplicados no corpo.	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 27 08	Sacos coletores de urina, com abertura, não aplicados no corpo.	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
09 27 09	Urinóis e garrafas de urina, não aplicados no corpo	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
	<b>Produtos de apoio para absorção de urina e fezes</b>		
09 30 04	Produtos de apoio usados no corpo para absorção de urina e fezes.	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ....	Médico de qualquer especialidade.
	<b>Produtos de apoio para lavagem, banho e duche</b>		
09 33 03	Cadeiras de banho/duche (com ou sem rodas), tábuas de banho, bancos, encostos e assentos.	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
	<b>Produtos de apoio para a marcha manejados por um braço</b>		
12 03 03	Bengalas ....	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta ou Enfermeiro de Reabilitação.	Fisiatra ou Ortopedista.

Códigos ISO	Categorias	Prescrição Equipa Multidisciplinar	Prescrição Médica Obrigatória
12 03 06	Canadianas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta ou Enfermeiro de Reabilitação.	Fisiatra ou Ortopedista.
12 03 09	Canadianas com suporte para o antebraço . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta ou Enfermeiro de Reabilitação.	Fisiatra ou Ortopedista.
12 03 12	Muletas axilares . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta ou Enfermeiro de Reabilitação.	Fisiatra ou Ortopedista.
12 03 16	Auxiliares de marcha com três ou mais pernas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta ou Enfermeiro de Reabilitação.	Fisiatra ou Ortopedista.
	<b>Produtos de apoio para a marcha manejados pelos dois braços</b>		
12 06 03	Andarilhos sem rodas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta ou Enfermeiro de Reabilitação.	Fisiatra ou Ortopedista.
12 06 06	Andarilhos com rodas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta . . . . .	Fisiatra.
12 06 12	Andarilhos especiais . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Fisioterapeuta . . . . .	Fisiatra.
	<b>Carros</b>		
12 10 06	Carros de baixa velocidade . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
	<b>Adaptações para carros</b>		
12 12 04	Adaptações para carros para acionar o motor . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
12 12 05	Adaptações para carros para acionar o travão de mão . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
12 12 07	Adaptações para carros para acionar o sistema de condução. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
12 12 12	Assentos e almofadas para carros, de conceção especial . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
12 12 15	Auxiliares de elevação de pessoas para o carro (excluindo cadeira de rodas). . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
12 12 18	Auxiliares de elevação para a pessoa sentada na sua cadeira de rodas para o interior do carro. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
12 12 21	Produtos de Apoio para colocar a cadeira de rodas sobre o carro ou no seu interior. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
12 12 24	Equipamentos para fixar a cadeira de rodas ao carro . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
	<b>Ciclomotores e motociclos</b>		
12 16 06	Ciclomotores e motociclos de três rodas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
12 16 09	Ciclomotores e motociclos de quatro rodas. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
	<b>Cadeiras de rodas manuais</b>		
12 22 03	Cadeiras de rodas manobradas bimanualmente por rodas. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	Fisiatra.
12 22 09	Cadeiras de rodas manobradas unilateralmente. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	Fisiatra.
12 22 12	Cadeiras de rodas manuais com apoio de motor elétrico . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	Fisiatra.
12 22 15	Cadeiras de rodas com propulsão pelos pés. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	Fisiatra.
12 22 18	Cadeiras de rodas controladas pelo acompanhante . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	Fisiatra.
	<b>Cadeiras de rodas motorizadas</b>		
12 23 06	Cadeiras de rodas elétricas com comando de direção elétrico. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	Fisiatra.
	<b>Acessórios para cadeiras de rodas</b>		
12 24 03	Sistemas de direção e controlo. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta. . . . .	Fisiatra*.
12 24 09	Unidades de propulsão. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta. . . . .	Fisiatra*.
12 24 12	Luzes . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta. . . . .	Fisiatra*.
12 24 15	Tabuleiros. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta. . . . .	Fisiatra*.
12 24 18	Travões. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta. . . . .	Fisiatra*.
12 24 21	Rodas e pneus . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta. . . . .	Fisiatra*.
12 24 24	Baterias e carregadores . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta. . . . .	Fisiatra*.
12 24 30	Sistemas de estabilização do ocupante na cadeira de rodas. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta. . . . .	Fisiatra*.
12 24 33	Chapéu-de-chuva e respetivos meios de fixação à cadeira de rodas. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta. . . . .	Fisiatra*.

Códigos ISO	Categorias	Prescrição Equipa Multidisciplinar	Prescrição Médica Obrigatória
	<b>Veículos</b>		
12 27 15	Gatinhadores e pranchas rolantes. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Pediatra . . . . .	Fisiatra ou Pediatra.
	<b>Produtos de apoio para transferência e mudança de posição</b>		
12 31 03	Tábuas, colchões e lençóis de transferência . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
12 31 06	Placas rotativas. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
12 31 09	Barras para a Autoelevação . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
12 31 12	Escadas de corda para cama (Gripp ladders). . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
12 31 15	Cintos para elevação e ameses. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional.	Fisiatra.
	<b>Produtos de apoio para orientação</b>		
12 39 03	Bengalas tácteis (brancas) ou bengalas brancas. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Terapeuta Ocupacional ou Técnicos de Orientação e Mobilidade.	Oftalmologista ou Fisiatra.
12 39 09	Produtos de Apoio para navegação acústica (faróis sonoros). . . . .	Equipa Multidisciplinar com Terapeuta Ocupacional ou Técnicos de Orientação e Mobilidade.	
12 39 18	Materiais de orientação táctil. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Terapeuta Ocupacional ou Técnicos de Orientação e Mobilidade.	
	<b>Produtos de apoio para preparação de comidas e bebidas</b>		
15 03 03	Produtos de apoio para pesar e medir . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Terapeuta Ocupacional . . . . .	
15 03 06	Produtos de apoio para cortar, picar e separar . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Terapeuta Ocupacional . . . . .	
15 03 09	Produtos de Apoio para limpar e descascar. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Terapeuta Ocupacional . . . . .	
	<b>Produtos de apoio para comer e beber</b>		
15 09 13	Talheres, pauzinhos e palhinhas. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Terapeuta Ocupacional . . . . .	
15 09 16	Canecas e copos, chávenas e pires . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Terapeuta Ocupacional . . . . .	
15 09 18	Pratos e taças . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Terapeuta Ocupacional . . . . .	
15 09 21	Rebordo de prato e molas para o prato . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Terapeuta Ocupacional . . . . .	
15 09 30	Sondas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Médico de qualquer especialidade ou Enfermeiro (renovação).	Médico de qualquer especialidade <sup>8</sup> .
	<b>Mobiliário para sentar</b>		
18 09 06	Bancos ou cadeiras de apoio à posição de pé . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
18 09 12	Cadeiras e assentos com um mecanismo especial para ajudar a pôr de pé ou a sentar-se . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
	<b>Camas</b>		
18 12 07	Camas com ajustamento manual à posição do corpo e cabeceiras e estrados para o colchão, destacáveis. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Médico de qualquer especialidade	Médico de qualquer especialidade.
18 12 10	Camas e cabeceiras com ajuste motorizado à posição do corpo e com estrados para o colchão, destacáveis. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Médico de qualquer especialidade	Médico de qualquer especialidade.
18 12 27	Guardas laterais e barras para levantar fixadas na cama. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Médico ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional.	Médico de qualquer especialidade.
18 18 03	Dispositivos para suporte Corrimãos e barras de apoio . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Médico ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional.	
	<b>Produtos de apoio para acessibilidade vertical</b>		
18 30 06	Plataformas elevatórias e elevadores para cadeiras de rodas. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
18 30 10	Elevadores com um assento. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra . . . . .	
18 30 12	Trepadores de escadas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
18 30 18	Rampas fixas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra. . . . .	
	<b>Equipamento de segurança na habitação e noutros edifícios</b>		
18 33 03	Materiais antiderrapantes para chão e escadas. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Médico ou Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional.	
	<b>Produtos de apoio para ver</b>		
22 03 09	Óculos, lentes e sistemas de lentes para ampliação	Equipa Multidisciplinar com Oftalmologista. . . . .	Oftalmologista.



Códigos ISO	Categorias	Prescrição Equipa Multidisciplinar	Prescrição Médica Obrigatória
22 03 15	Produtos de Apoio para expandir e direcionar o ângulo de visão.	Equipa Multidisciplinar com Oftalmologista. . . . .	Oftalmologista.
22 03 18	Sistemas vídeo de ampliação de imagem. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Oftalmologista ou Fisiatra. . . . .	Oftalmologista.
<b>Produtos de apoio para ouvir</b>			
22 06 06	Ajudas para ouvir usadas no corpo . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Otorrinolaringologista. . . . .	Otorrinolaringologista.
22 06 09	Óculos com ajudas para ouvir . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Otorrinolaringologista. . . . .	Otorrinolaringologista.
22 06 12	Ajudas para ouvir intra-auriculares . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Otorrinolaringologista. . . . .	Otorrinolaringologista.
22 06 15	Ajudas para ouvir retroauriculares. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Otorrinolaringologista. . . . .	Otorrinolaringologista.
22 06 18	Ajudas tácteis para ouvir . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Otorrinolaringologista. . . . .	Otorrinolaringologista.
22 06 27	Acessório para produtos de apoio para ouvir . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Otorrinolaringologista. . . . .	Otorrinolaringologista.
<b>Produtos de apoio para produção de voz</b>			
22 09 03	Geradores de voz . . . . .		Otorrinolaringologista.
22 09 06	Amplificadores de voz. . . . .		Otorrinolaringologista.
<b>Produtos de apoio para desenho e escrita</b>			
22 12 03	Dispositivos para desenho e escrita manual. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Técnicos de Psicomotricidade ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
22 12 06	Pranchas para escrita, esboço e desenho . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Técnicos de Psicomotricidade ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
22 12 09	Réguas de assinatura, chancelas e pautas de escrita	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Técnicos de Psicomotricidade ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
22 12 12	Equipamentos de escrita de Braille de forma manual	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Técnicos de Psicomotricidade ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
22 12 18	Papel/plástico especial para escrita . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Técnicos de Psicomotricidade ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
22 12 21	Blocos de notas portáteis para Braille . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Técnicos de Psicomotricidade ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
22 12 24	Software para processamento de texto . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Técnicos de Psicomotricidade ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
22 12 27	Software para desenhar e pintar . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Técnicos de Psicomotricidade ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
<b>Produtos de apoio para tratamento da informação áudio, imagem e vídeo</b>			
22 18 21	Descodificadores para videotexto e teletexto . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial ou Técnicos de Psicomotricidade ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
<b>Produtos de apoio para comunicação face-a-face</b>			
22 21 03	Quadros e conjuntos de letras e ou símbolos. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
22 21 09	Unidades de diálogo. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
22 21 12	Software para comunicação face-a-face. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
<b>Produtos de apoio para alarme, indicação e sinalização</b>			
22 27 03	Indicadores com sinais visuais. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ou Técnico de Orientação e Mobilidade ou Terapeuta Ocupacional.	
22 27 12	Relógios e medidores de tempo . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ou Técnico de Orientação e Mobilidade ou Terapeuta Ocupacional.	
22 27 18	Sistemas de alarme de emergência pessoal . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ou Técnico de Orientação e Mobilidade ou Terapeuta Ocupacional.	
22 27 21	Sistemas de alarme de emergência ambiental . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Enfermeiro ou Técnico de Orientação e Mobilidade ou Terapeuta Ocupacional.	
<b>Produtos de apoio para leitura</b>			
22 30 03	Materiais de leitura falados . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
22 30 06	Materiais de leitura em caracteres ampliados . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	

Códigos ISO	Categorias	Prescrição Equipa Multidisciplinar	Prescrição Médica Obrigatória
22 30 21	Máquinas de leitura por caracteres . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial ou Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional.	
22 30 24	Materiais para leitura tátil . . . . .		
	<b>Computadores e periféricos</b>		
22 33 06	Computadores portáteis e assistentes pessoais digitais (PDA).	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial.	
	<b>Dispositivos de entrada para computadores</b>		
22 36 03	Teclados . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial.	
22 36 06	Dispositivos tipo rato . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial.	
22 36 09	<i>Joysticks</i> do computador . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial.	
22 36 12	Dispositivos alternativos de entrada . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial.	
22 36 18	<i>Software</i> de entrada . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial.	
	<b>Dispositivos de saída para computadores</b>		
22 39 03	Dispositivos de saída (displays). . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial.	
22 39 06	Impressoras . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial.	
22 39 09	Dispositivos alternativos de saída . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial.	
22 39 12	<i>Software</i> de saída especial . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Docente de Educação Especial.	
	<b>Produtos de apoio para manusear recipientes</b>		
24 06 03	Dispositivos para abrir recipientes. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Docente de Educação Especial ou Terapeuta Ocupacional.	
24 06 06	Dispositivos para espremer bisnagas . . . . .		
	<b>Produtos de apoio para assistir e ou substituir a função do braço e ou mão e ou dedos</b>		
24 18 06	Adaptadores e dispositivos de preensão . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	
24 18 09	Dispositivos para agarrar aplicados no corpo . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	
24 18 12	Dispositivos para manter o objeto numa posição estável. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	
24 18 15	Ponteiros . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	
24 18 18	Ponteiros luminosos. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	
24 18 27	Apoios de antebraços para atividades manuais . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	
	<b>Produtos de apoio para alcançar à distância</b>		
24 21 03	Pinças de preensão manuais . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	
24 21 06	Pinças de preensão elétricas . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	
24 21 09	Dispositivos de extensão sem função de preensão . . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	
	<b>Produtos de apoio para fixação</b>		
24 27 06	Bases antiderrapantes. . . . .	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional.	
	<b>Instrumentos de artifício, materiais e equipamento</b>		
30 18 03	Instrumentos, materiais e equipamentos para artesanato têxtil.	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Terapeuta Ocupacional	
30 18 06	Instrumentos, materiais e equipamentos para trabalho em cerâmica.	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Terapeuta Ocupacional	
30 18 09	Instrumentos, materiais e equipamentos para trabalho em madeira.	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Terapeuta Ocupacional	

Códigos ISO	Categorias	Prescrição Equipa Multidisciplinar	Prescrição Médica Obrigatória
30 18 12	Instrumentos, materiais e equipamentos para trabalho em metal.	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Terapeuta Ocupacional	
30 18 15	Instrumentos, materiais e equipamentos para criação de imagens gráficas.	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Terapeuta Ocupacional	
30 18 18	Instrumentos, materiais e equipamentos para artesanato	Equipa Multidisciplinar com Fisiatra ou Terapeuta Ocupacional	

\* A prescrição é realizada por Fisiatra. A 2.ª prescrição pode ser feita pela Equipa Multidisciplinar desde que inclua Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação

\* A primeira prescrição é realizada por médico de qualquer especialidade. As prescrições seguintes podem ser feitas por equipa multidisciplinar desde que inclua médico de qualquer especialidade ou enfermeiro

## ANEXO II

## Produtos de Apoio Reutilizáveis

Códigos ISO	Categorias	Reutilização
	<b>Estimuladores</b>	
04 27 06	Estimuladores para alívio da dor . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para prevenir úlceras de pressão</b>	
04 33 03	Almofadas para sentar e materiais de proteção para prevenir úlceras de pressão . . . . .	R
04 33 06	Colchões e coberturas de colchões para prevenir úlceras de pressão . . . . .	R
	<b>Equipamento para treino de movimento, força e equilíbrio</b>	
04 48 08	Estabilizadores e suportes para a posição de pé. . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para treino de competências</b>	
05 03 06	Materiais para desenvolvimento de competências de leitura. . . . .	R
05 03 09	Materiais para desenvolvimento de competências de escrita . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para treino de comunicação alternativa e aumentativa</b>	
05 06 03	Produtos de apoio para treino de alfabeto tátil . . . . .	R
05 06 06	Produtos de apoio para treino de linguagem de sinais. . . . .	R
05 06 09	Produtos de apoio para treino de leitura labial. . . . .	R
05 06 12	Equipamento para treino de “cued speech” . . . . .	R
05 06 15	Produtos de apoio para treino de Braille . . . . .	R
05 06 18	Produtos de apoio para treino de símbolos tácteis excluindo o Braille . . . . .	R
05 06 21	Produtos de apoio para treino de símbolos iconográficos . . . . .	R
05 06 24	Produtos de apoio para treino de comunicação Bliss. . . . .	R
05 06 27	Produtos de apoio para treino de comunicação com imagens e desenhos. . . . .	R
09 09 06	Calçadeiras para sapatos e botas . . . . .	R
09 09 09	Seguradores de roupa. . . . .	R
09 09 12	Ganchos e cabos para vestir e despir . . . . .	R
09 09 15	Puxadores de fechos éclair. . . . .	R
09 09 18	Ganchos para abotoar. . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para higiene pessoal</b>	
09 12 24	Apoios de braços e ou encosto montado na própria sanita . . . . .	R
	<b>Produtos colectores de urina</b>	
09 12 33	Arrastadeiras . . . . .	R
09 27 09	Urinóis e garrafas de urina, não aplicados no corpo . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para lavagem, banho e duche</b>	
09 33 03	Cadeiras de banho/duche (com ou sem rodas), tábuas de banho, bancos, encostos e assentos . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para a marcha manejados por um braço</b>	
12 03 03	Bengalas . . . . .	R
12 03 06	Canadianas . . . . .	R
12 03 09	Canadianas com suporte para o antebraço . . . . .	R
12 03 12	Muletas axilares . . . . .	R
12 03 16	Auxiliares de marcha com três ou mais pernas . . . . .	R

Códigos ISO	Categorias	Reutilização
	<b>Produtos de apoio para a marcha manejados pelos dois braços</b>	
12 06 03	Andarilhos sem rodas . . . . .	R
12 06 06	Andarilhos com rodas . . . . .	R
12 06 12	Andarilhos especiais . . . . .	R
	<b>Cadeiras de rodas manuais</b>	
12 22 03	Cadeiras de rodas manobradas bimanualmente por rodas . . . . .	R
12 22 09	Cadeiras de rodas manobradas unilateralmente . . . . .	R
12 22 12	Cadeiras de rodas manuais com apoio de motor elétrico . . . . .	R
12 22 15	Cadeiras de rodas com propulsão pelos pés . . . . .	R
12 22 18	Cadeiras de rodas controladas pelo acompanhante . . . . .	R
	<b>Cadeiras de rodas motorizadas</b>	
12 23 06	Cadeiras de rodas elétricas com comando de direção elétrico . . . . .	R
	<b>Acessórios para cadeiras de rodas</b>	
12 24 03	Sistemas de direção e controlo . . . . .	R
12 24 09	Unidades de propulsão . . . . .	R
12 24 12	Luzes . . . . .	R
12 24 15	Tabuleiros . . . . .	R
12 24 18	Travões . . . . .	R
12 24 21	Rodas e pneus . . . . .	R
12 24 24	Baterias e carregadores . . . . .	R
12 24 30	Sistemas de estabilização do ocupante na cadeira de rodas . . . . .	R
12 24 33	Chapéu-de-chuva e respetivos meios de fixação à cadeira de rodas . . . . .	R
	<b>Veículos</b>	
12 27 15	Gatinhadores e pranchas rolantes . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para transferência e mudança de posição</b>	
12 31 03	Tábuas, colchões e lençóis de transferência . . . . .	R
12 31 06	Placas rotativas . . . . .	R
12 31 09	Barras para a Autoelevação . . . . .	R
12 31 12	Escadas de corda para cama (Gripp ladders) . . . . .	R
12 31 15	Cintos para elevação e arneses . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para orientação</b>	
12 39 03	Bengalas tácteis (brancas) ou bengalas brancas . . . . .	R
12 39 09	Produtos de Apoio para navegação acústica (faróis sonoros) . . . . .	R
12 39 18	Materiais de orientação táctil . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para preparação de comidas e bebidas</b>	
15 03 03	Produtos de apoio para pesar e medir . . . . .	R
15 03 06	Produtos de apoio para cortar, picar e separar . . . . .	R
15 03 09	Produtos de Apoio para limpar e descascar . . . . .	R
	<b>Mobiliário para sentar</b>	
18 09 06	Bancos ou cadeiras de apoio à posição de pé . . . . .	R
18 09 12	Cadeiras e assentos com um mecanismo especial para ajudar a pôr de pé ou a sentar-se . . . . .	R
	<b>Camas</b>	
18 12 07	Camas com ajustamento manual à posição do corpo e cabeceiras e estrados para o colchão, destacáveis . . . . .	R
18 12 10	Camas e cabeceiras com ajuste motorizado à posição do corpo e com estrados para o colchão, destacáveis . . . . .	R
18 12 27	Guardas laterais e barras para levantar fixadas na cama . . . . .	R
	<b>Dispositivos para suporte</b>	
18 18 03	Corrimãos e barras de apoio . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para acessibilidade vertical</b>	
18 30 06	Plataformas elevatórias e elevadores para cadeiras de rodas . . . . .	R
18 30 10	Elevadores com um assento . . . . .	R
18 30 12	Trepadores de escadas . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para ver</b>	
22 03 15	Produtos de Apoio para expandir e direcionar o ângulo de visão . . . . .	R
22 03 18	Sistemas vídeo de ampliação de imagem . . . . .	R

Códigos ISO	Categorias	Reutilização
	<b>Produtos de apoio para ouvir</b>	
22 06 18	Ajudas tácteis para ouvir . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para tratamento da informação áudio, imagem e vídeo</b>	
22 18 21	Descodificadores para videotexto e teletexto . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para comunicação face-a-face</b>	
22 21 03	Quadros e conjuntos de letras e ou símbolos . . . . .	R
22 21 09	Unidades de diálogo . . . . .	R
22 21 12	Software para comunicação face-a-face . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para alarme, indicação e sinalização</b>	
22 27 03	Indicadores com sinais visuais . . . . .	R
22 27 12	Relógios e medidores de tempo . . . . .	R
22 27 18	Sistemas de alarme de emergência pessoal . . . . .	R
22 27 21	Sistemas de alarme de emergência ambiental . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para leitura</b>	
22 30 03	Materiais de leitura falados . . . . .	R
22 30 06	Materiais de leitura em caracteres ampliados . . . . .	R
22 30 21	Máquinas de leitura por caracteres . . . . .	R
22 30 24	Materiais para leitura táctil . . . . .	R
	<b>Computadores e periféricos</b>	
22 33 06	Computadores portáteis e assistentes pessoais digitais (PDA) . . . . .	R
	<b>Dispositivos de entrada para computadores</b>	
22 36 03	Teclados . . . . .	R
22 36 06	Dispositivos tipo rato . . . . .	R
22 36 09	Joysticks do computador . . . . .	R
22 36 12	Dispositivos alternativos de entrada . . . . .	R
	<b>Dispositivos de saída para computadores</b>	
22 39 03	Dispositivos de saída (displays) . . . . .	R
22 39 06	Impressoras . . . . .	R
22 39 09	Dispositivos alternativos de saída . . . . .	R
22 39 12	Software de saída especial . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para manusear recipientes</b>	
24 06 03	Dispositivos para abrir recipientes . . . . .	R
24 06 06	Dispositivos para espremer bisnagas . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para assistir e ou substituir a função do braço e ou mão e ou dedos</b>	
24 18 12	Dispositivos para manter o objeto numa posição estável . . . . .	R
24 18 15	Ponteiros . . . . .	R
24 18 18	Ponteiros luminosos . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para alcançar à distância</b>	
24 21 03	Pinças de preensão manuais . . . . .	R
24 21 06	Pinças de preensão elétricas . . . . .	R
24 21 09	Dispositivos de extensão sem função de preensão . . . . .	R
	<b>Produtos de apoio para fixação</b>	
24 27 06	Bases antiderrapantes . . . . .	R
	<b>Instrumentos de artefacto, materiais e equipamento</b>	
30 18 03	Instrumentos, materiais e equipamentos para artesanato têxtil . . . . .	R
30 18 06	Instrumentos, materiais e equipamentos para trabalho em cerâmica . . . . .	R
30 18 09	Instrumentos, materiais e equipamentos para trabalho em madeira . . . . .	R
30 18 12	Instrumentos, materiais e equipamentos para trabalho em metal . . . . .	R
30 18 15	Instrumentos, materiais e equipamentos para criação de imagens gráficas . . . . .	R
30 18 18	Instrumentos, materiais e equipamentos para artesanato . . . . .	R

## Apêndice II – Reflexão 1

Com o início desta etapa havia muita expectativa, sendo a mesma acompanhada de um misto de sentimentos. Pairava a dúvida da receção da equipa, se seria apaziguadora ou não dos sentimentos sentidos. Apesar de exercer a profissão há algum tempo foi inevitável a sensação de intimidação.

Fica a pergunta no ar, serei capaz de desempenhar as minhas funções e desenvolver aquilo a que me propus?

Este estágio decorre com a presença de mais duas colegas do CMER considerando uma mais-valia pela partilha de experiências e troca de ideias e dúvidas.

A receção foi feita pela Enfermeira Coordenadora que nos apresentou a todos os elementos da equipa, desde os enfermeiros à secretária de unidade. Todos foram excecionais, até parecia que nos conheciam do dia-a-dia.

Foi-nos explicado o funcionamento da unidade de uma forma rápida porque ali todos os minutos contam e “descontam” em cuidados de Enfermagem.

É realizado diariamente um plano de visitas, em que cada enfermeiro fica responsável por assegurar a prestação de cuidados especializados, bem como os cuidados gerais, aos utentes que lhe pertencem na distribuição.

Fazem-se acompanhar de uma mochila com material para realização de pensos e outras intervenções.

As deslocações para os domicílios são feitas num táxi com motorista, partilhado por todos os elementos da equipa, pelo que a gestão do tempo tem que ser feita em equipa.

Com o início das visitas domiciliárias estava receosa, uma vez que eu seria uma pessoa estranha ao ambiente familiar, deixando este de ser controlado pelos profissionais de saúde passando para controlo total dos utentes e respetivos familiares/cuidadores informais. Quando me refiro a ambiente controlado, faço referência à responsabilidade pela tomada de decisão das intervenções e o domínio do próprio espaço físico.

Em contexto hospitalar, a intervenção dos familiares torna-se diminuta (ou até nula) cabendo ao Enfermeiro a responsabilidade da tomada de decisão e intervenções, dispondo de uma equipa multidisciplinar que se ativa sem dificuldade e em pouco minutos.

A minha presença foi aceite tanto pelos utentes como pelas famílias, o que me deixou aliviada, contribuindo assim para a redução dos níveis de ansiedade.

Enquanto profissional a exercer funções em contexto hospitalar há que referir que as diferenças são notáveis nestes dois contextos. Nomeadamente, no meu Serviço existe um carro de pensos que contem uma ampla variedade de material de pensos e quando acaba repõe-se com o que se encontra em armazém, ou pede-se à farmácia, falamos em 2 horas de espera até reposição de material. No contexto da comunidade não existe uma ampla variedade, estando sujeito ao leque de material (restrito) que é disponibilizado pela ARS e quando o recebem já não é igual ao que anteriormente estava a ser utilizado. Recorre-se aos meios existentes e como se diz na gíria popular, fazer omeletes sem ovos.

Numa situação específica de um utente, sobre o qual fiz um estudo de caso, havia necessidade de intervenção médica para avaliação psicológica pela necessidade de instituir medicação, foram necessárias 3 semanas e vários contatos telefónicos, para a primeira visita da médica ao domicílio. Em contexto hospitalar é comunicado ao médico a necessidade de uma observação, o pedido de observação segue por correio eletrónico e em 2 dias o utente tem a observação necessária.

Neste contexto, são de fácil constatação as dificuldades que a população atravessa para ter acesso a cuidados de saúde sejam diferenciados e/ou especializados. Nas conjecturas atuais e com o índice de envelhecimento a duplicar, a população portuguesa encontra-se na faixa etária dos 65 anos ou mais e devido a todas as reformas políticas/ planos de contingência económica a que o país tem sido sujeito, os idosos encontram-se em situação económica muito desfavorecida e que despendem grande parte dos seus recursos com a saúde, nomeadamente com medicamentos.

Por sua vez, o envelhecimento caracteriza-se pela maior longevidade das pessoas traduzido por um aumento da esperança média de vida, levando a que seja um idoso a cuidar de outro idoso. Neste contexto é inevitável não se incluir e envolver a família ou o prestador de cuidados nos cuidados prestados e intervenções delineadas.

O enfermeiro de Reabilitação torna-se um elemento importante e de ligação para a formulação e implementação do plano de cuidados, cujo objetivo principal é a preservação ou recuperação da autonomia e independência da pessoa e da sua família. O plano de cuidados é composto por ações de promoção e prevenção de doenças (primária e secundária), ações curativas, reabilitacionais e paliativas, conforme a necessidade. O EEER torna-se gestor de caso e vai ao encontro das necessidades dos utentes e das famílias ou pessoas significativas, ajudando-os em



situações onde a saúde está em risco. Perante situações muito específicas, os enfermeiros de reabilitação como membros de uma equipa multidisciplinar, ajudam os seus utentes através de habilidades físicas a recuperar o mais alto grau de independência funcional dentro dos limites das suas possibilidades.

Na prestação de cuidados ao utente, o enfermeiro de reabilitação não só interage com o utente, mas também inclui a família e a comunidade neste processo de tratamento, sendo por vezes auto-suficiente na resolução de algumas situações, substituindo equipas multidisciplinares, desde promover a escuta ativa em que incorpora o papel de psicólogo, médico, assistente social entre outros. Serve de exemplo a descrição seguinte.

Numa das vistas domiciliárias, a neta da utente a quem íamos prestar cuidados encontrava-se lá em casa, tinha sido diagnosticado um aborto, da sua gravidez desejada. Estava deprimida e desesperada, acabando por nos pedir ajuda, pois não sabia que procedimentos efetuar para poder solucionar a situação, uma vez que a médica Ginecologista lhe disse que teria que aguardar o tempo que fosse necessário. Foi encaminhada pela minha enfermeira orientadora tendo agradecido o apoio.

Tive ainda oportunidade de integrar o curso de formação pelo qual a minha enfermeira orientadora é responsável. Assisti e participei em várias sessões do Curso Massagem Terapêutica para bebés, tendo sido vantajosa a experiência que tive ao contactar com as mães e os seus bebés, bem como os conhecimentos adquiridos. Confesso que me teria dado muito jeito esta aquisição de conhecimentos há uns 6 anos atrás.

No decorrer deste campo de estágio as aprendizagens foram contínuas e constantes decorrentes das experiências a que fui tendo contato. A relação estabelecida entre mim, a enfermeira orientadora e os utentes foi muito boa, assentando na base do respeito e sinceridade. Senti-me integrada e respeitada como profissional.

A situação que considero menos positiva envolveu a entrega de um chocolate a um utente que acabou por servir de aprendizagem não só para mim como para a equipa. Na visita ao domicílio do utente em questão, este verbalizou ter muita vontade de comer chocolate e questionou-nos se podia, a enfermeira orientadora respondeu que desde que fosse adequado para Diabéticos. Fica a dúvida onde comprar uma vez que a zona onde habitam não possuem lojas específicas e para a

cuidadora não se coloca a hipótese da deslocação para outra localidade pelo dinheiro que gastaria e não saber onde comprar.

Tendo-o como um estímulo, e uma vez que o utente se encontrava desmotivado, foi falado com a enfermeira orientadora a possibilidade de ser eu a comprar o chocolate a qual concordou prontamente.

Após alguns dias, foi dado a conhecer o chocolate à enfermeira orientadora e levado para ser entregue ao utente. Esta visita coincidiu com a presença da psicóloga para avaliação da necessidade de encaminhamento para psiquiatria (pela Doença Bipolar não medicada) e no fim da visita domiciliária o chocolate não foi entregue. Já no carro questionei porque não se tinha entregado, tendo feito eu o meu pensamento justificativo (por não ser o momento adequado pelo turbilhão de sentimentos que envolveu a consulta da psicóloga) e obtendo como resposta que aquele chocolate não era indicado para diabéticos. Fiquei a aguardar oportunidade para falar com a enfermeira orientadora para esclarecimento.

Esse momento não surgiu e passaram 2 dias, foi-me transmitida, por uma colega, informação que eu poderia ser prejudicada na avaliação por ter tentado fornecer um chocolate a um diabético. A informação também foi transmitida à enfermeira coordenadora pela psicóloga.

Senti-me muito indignada com toda a situação e muito mais pelo comentário feito por uma profissional acerca de mim, estamos em contexto de ensino para adultos e não gostei de me sentir desacreditada enquanto profissional e muito mais por nem me terem questionado o porquê da minha atitude. Integrei uma equipa, nunca me destituí do meu estatuto de estudante mas não é justo haver juízos de valor e muito menos em tom irónico. A verdade é que não nos podemos livrar das emoções negativas quando nos apetece ou nos é conveniente. As emoções negativas são algo que todos temos de lidar até ao final das nossas vidas. E, ainda bem que assim é. As emoções negativas são um veículo essencial que nos transmitem informações acerca do estado menos bom da nossa vida, ou mais particularmente, do desagrado de determinado momento da nossa vida.

Posso afirmar que sou detentora de alguma informação sobre Diabetes por ser uma área de interesse pessoal e pelo meu meio familiar. Considero-me uma pessoa profissional e ponderada assentando a minha prática diária baseada na evidência.

Perante toda a situação de desânimo que senti, procurei a Enfermeira coordenadora para esclarecimento da situação e eventual transmissão de

informação e correcção do mal-entendido. Entreguei-lhe o chocolate bem como informação consultada na Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal sobre o consumo do mesmo bem como de outros doces.

Esta fez a análise da documentação entregue e convocou uma reunião de equipa, onde estive presente e me foi questionado o que me tinha sido dito. A enfermeira coordenadora transmitiu que eu tinha agido corretamente e que o chocolate poderia ser entregue ao utente se assim eu ainda o entendesse. No decorrer da reunião, a profissional que tinha efetuado o comentário menos assertivo para o estatuto que representa pediu desculpa.

Ter vivenciado esta experiência, para mim foi bom e mau. Foi bom porque como consequência da mesma, a minha informação e desmistificação sobre o chocolate e os doces para diabéticos chegou a mais profissionais que não apenas a minha enfermeira orientadora e os documentos elaborados irão ficar disponíveis na equipa para serem fornecidos às famílias. O lado mau atribuo a todos os sentimentos e dissabores vividos nesta fase do curso, em que nos tentamos manter focados no objetivo de terminar com sucesso. Ninguém disse que seria fácil mas que no fim iria valer a pena e é a esta tábuia de salvação que me mantenho agarrada.

O balanço que faço deste estágio é muito positivo. Com o término do mesmo o sentimento de missão cumprida emerge. A Enfermagem de Reabilitação vem ao encontro dos utentes e das famílias ou pessoas significativas ajudando-os em situações onde a saúde está em risco. A presença de patologia e os níveis múltiplos de intervenção, além da necessidade de avaliação ambiental, psico-social e familiar, fazem da Reabilitação uma especialidade única.

## Apêndice III – Reflexão 2

Ao iniciar o segundo estágio sentia-me muito expetante. Considerei facilitador a realização deste estágio no Hospital onde exerço funções pela questão da gestão de tempo pessoal e familiar. O pensamento era muito positivo como um quadro colorido, que com a constatação da realidade se veio a tornar cinzento.

Nesta nova experiência, emerge um misto de sentimentos que variam entre a ansiedade e o nervosismo, o receio e a expetativa. Tinha como certa a aceitação por parte da equipa, por ser profissional da instituição e porque no meu pensamento o processo de integração numa equipa não deve servir apenas de cartão de boas vindas para quem chega, mas também tornar-se numa rica oportunidade para apresentar o serviço e o trabalho que é desenvolvido pela sua equipa. Para além de que me considero uma pessoa que facilmente se adapta a qualquer situação, sou confiante e no estágio anterior a fase da integração foi muito curta. Talvez por trazer no pensamento a experiência anterior acabei por colocar no mesmo patamar os campos de estágio.

O processo de integração que parece ser simples, porém, neste campo de estágio não foi.

Fui confrontada acerca da minha presença no Serviço, uma vez que, na perspetiva da equipa de enfermagem, neste havia falta de enfermeiros e não de mais um especialista.

Não foi fácil fazer com que a equipa me aceitasse e me integrasse com a visão de (futura) enfermeira especialista. Numa fase inicial, abordava as colegas acerca da intervenção que tinha executado à pessoa, para continuidade de cuidados e transmissão da informação, e apercebi-me de ações de colegas a desfazerem posicionamentos que eu tinha feito. Fui alvo de comentários menos próprios que nada vangloriam ou dignificam a nossa profissão. Ser enfermeiro é salvaguardar os direitos da pessoa, promovendo e aumentando a sua auto-estima e estabelecendo uma relação empática para que a pessoa se sinta respeitada, enfim sentir-se pessoa. Para atingir estes objetivos, é necessário passar pelo cuidar, razão da existência da enfermagem.

Por vezes emergiam sentimentos de ingloria e fracasso, por não me identificarem como futura enfermeira especialista, mas segui os meus objetivos, foquei a minha atenção e permaneci com o sentimento "eu sou e vou prová-lo".

Segui o pensamento de um guru Hindu, de seu nome Nisargadatta, que diz *"Faz aquilo em que acreditas e acredita naquilo que fazes. Tudo o resto é perda de energia e de tempo."*

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que assiste e/ou substitui a pessoa com doenças agudas e crónicas maximizando o seu potencial funcional e independência física, emocional e social (Lima, 2014).

Ao assumir, entre outras competências comuns, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, faz com que emergjam elementos determinantes da qualidade dos seus cuidados.

Neste sentido lancei-me a um desafio e elaborarei para o Serviço uma norma e um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, que tiveram a aceitação da Enfermeira Orientadora e da Enfermeira Chefe. É um projeto que envolve toda a equipa de enfermagem, inicia-se com os enfermeiros sendo dada continuidade ao trabalho pelo enfermeiro especialista. O documento aguarda aprovação pela Comissão da Qualidade e Segurança do Doente.

Os campos de estágios trazem-nos o contato com a realidade assumindo um papel fundamental, pois permitem-nos responder aos desafios colocados e à complexidade de dilemas que surgem, pois cada pessoa tem a sua história com percursos e experiências distintas.

Ao encarar o presente, e projetando o futuro em diferentes perspetivas, não devemos nem podemos por isso julgar, mas sim compreender e respeitar as opções dos que nos rodeiam, aceitando a diferença e a liberdade do outro.

Foram aprendizagens “tortuosas”, iniciadas num clima de tensão, mas que não deixaram de ser aprendizagens importantes para a aquisição de competências. Desenvolvi na minha prática profissional e ética, no campo de intervenção, cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Planeei e organizei intervenções de enfermagem especializada que converti para planos de cuidados. Na equipa multidisciplinar que estive inserida, promovi uma intervenção dinâmica em que todos são beneficiados no processo, desde a pessoa e família até aos profissionais.

Como referido anteriormente, desenvolvi um projeto que me levou a desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Com a identificação do problema, concebi e gerei um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e de saúde.

No âmbito hospitalar e à data de internamento da pessoa, enquanto futura enfermeira especialista em cuidados de enfermagem de reabilitação, após avaliação neurológica da pessoa, planeava e implementava um programa de reabilitação.

Este programa contemplava a prevenção e o tratamento em situação aguda ou crónica na reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, ensino e treino de atividades de vida diárias e de utilização de ajudas técnicas.

Era feita a avaliação das alterações da deglutição através da aplicação da escala utilizada no serviço (Escala de Gugging Swallowing Screen – GUSS) bem como o início de sessões de mobilizações passivas, ativas e ativas assistidas, de todos os membros. Quando a situação clínica da pessoa não permitia o levantar era iniciado o treino das atividades terapêuticas no leito.

Este contexto de estágio é muito rico em aprendizagens pela diversidade de patologias que se encontram, tendo também como mais-valia a Unidade Médica Diferenciada em que a patologia respiratória é dominante.

O contato com equipamentos de ventilação não invasiva na pessoa com patologia respiratória foi para mim uma nova experiência, uma vez que tal aprendizagem não foi possível no estágio anterior, tendo sido uma importante aprendizagem adquirida.

Com o final do estágio fui confrontada com a aceitação da equipa. Uma das estratégias utilizadas passou pela gestão dos cuidados em que participei, partilhando os meus conhecimentos mais recentes na área da Reabilitação bem como os seus benefícios. Tal como nos refere o Regulamento 122/2011, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da especificidade e como tal atua como formador oportuno em contexto de trabalho e diagnostica necessidades formativas.

Ao demonstrar a efetividade e eficácia das minhas intervenções e os resultados delas provenientes, otimizei a resposta da equipa de enfermagem e da equipa de auxiliares no que diz respeito à intervenção do EEER. Utilizei a gestão dos recursos (humanos e materiais) às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. As situações mais recorrentes foram, fazer levantar a pessoa para cadeirão ou cadeira de rodas, após os cuidados de higiene e auxiliar a pessoa a usar o sanitário, abolindo a fralda, com controlo dos esfíncteres vesical e anal e consequentemente restabelecimento dos respectivos padrões.

Nos dias seguintes a transferência da pessoa era feita com maior participação desta e muito vantajoso para a minha intervenção no que diz respeito ao treino e recuperação da marcha.

Quando iniciei o estágio, era notório o não reconhecimento da intervenção do EEER na equipa de enfermagem. A minha presença como aluna de especialidade acabou por gerar conflito, eu era vista como enfermeira da instituição e não como futura enfermeira especialista.

O conflito entre pares é uma consequência natural e inevitável nas relações interpessoais, ao que não fica imune o contacto, manifestando-se com sentimentos de hostilidade, e que quando não é gerido de forma eficaz pode conduzir a resultados muito negativos. Uma relação igualitária como se pressupõe ser a dos enfermeiros privilegia a resolução construtiva dos conflitos, com ganhos evidentes para as partes envolvidas (Sousa, 2011).

Sousa (2011) afirma que a análise dos estilos de gestão de conflito indica que os especialistas de reabilitação recorrem com maior frequência aos estilos “integração” e “servilismo”, comparativamente com os restantes enfermeiros.

No caso particular dos enfermeiros, a sua acção interdisciplinar e o seu trabalho de relação, criam uma susceptibilidade maior na ocorrência destes eventos, sendo por essa razão a gestão de conflitos um tema incontornável da profissão.

Lima e Carvalho (2000) assumem que existem profissionais de enfermagem particularmente resistentes à mudança, pelo que qualquer dificuldade ou desafio associados a alterações se transformam em conflito.

Foram sempre objetivos primordiais as aprendizagens e a aquisição de competências, através do cuidar da pessoa numa perspetiva de enfermagem de reabilitação, com o intuito de promover qualidade de vida nas pessoas assistidas.

Neste campo de estágio foi possível a aplicação de conhecimentos e a rentabilização de oportunidades de aprendizagem, através da análise das situações clínicas e do seu contributo para novos conhecimentos e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, em particular na intervenção do EEER na recuperação da marcha.

Foi reconhecida e elogiada a minha intervenção, atitude e empenho enquanto futura enfermeira especialista pela equipa de enfermagem. Quando era identificava a necessidade de cuidados de reabilitação pela equipa, procuravam-me para intervir podendo dizer que houve um crescimento profissional dos elementos na aceitação do EEER.



Por isso, fica o sentimento de dever cumprido, pois adquiri e desenvolvi as competências do EEER, dando visibilidade a esse papel na equipa de enfermagem e recebendo a devida valorização.

## Bibliografia

Lima, A. (2014). *A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade*. (Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação publicada). Disponível no RIPVC.

Lima, E., Carvalho, D. (2000) Estresse ocupacional. *Revista Nursing*. 22, 30-34.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, nº 35, 8648 – 8653.

Sousa, E. (2011). A família – atitudes do enfermeiro de reabilitação. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Dissertação Publicada. Porto.

## Apêndice IV – Estudo de Caso

**6º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**  
**Unidade Curricular: Opção II – Estágio**

**Estudo de Caso -**



Elaborado por: Dina Peças (nº 6094)

Enfermeira Orientadora:



Professora Orientadora: Professora Doutora Fátima Mendes  
Marques



2015



# ÍNDICE

<b>SIGLAS.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1. DESCRIÇÃO CLÍNICA.....</b>	<b>6</b>
1.1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE .....	6
1.2. ANTECEDENTES ANTERIORES.....	6
1.3. ADMISSÃO NA ECCI.....	7
1.4. ÍNDICE DE BARTHEL .....	8
1.5. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE LOWER.....	8
1.6. ÍNDICE DE TINETTI (VERSÃO PORTUGUESA).....	8
1.7. AVALIAÇÃO PARES CRANIANOS.....	8
<b>2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>9</b>
2.1 PREVALÊNCIA DA DIABETES.....	10
2.2 DOENÇA BIPOLAR .....	13
2.3 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO .....	14
<b>3- PLANO DE CUIDADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>35</b>
ANEXO I.....	36
ÍNDICE DE BARTHEL .....	36
ANEXO II.....	38
ESCALA DE LOWER .....	38
ANEXO III.....	40
ÍNDICE DE TINETTI.....	40
ANEXO IV .....	43
ESCALA DE BERG.....	43
ANEXO V .....	45
AVALIAÇÃO PARES CRANIANOS .....	45
ANEXO VI .....	48
RECEITAS PARA DIABÉTICOS .....	48
ANEXO VII .....	24
GUIA “DIABETES E ALIMENTAÇÃO”.....	24

## **SIGLAS**

AVD's – Atividades de Vida Diárias

AIVD's – Atividades Instrumentárias de Vida Diárias

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

## INTRODUÇÃO

Com o intuito de desenvolver competências como enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação e no âmbito do estágio, decorrente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de [REDACTED], foi-me proposto a elaboração de um estudo de caso, no âmbito da unidade curricular opção II - Estágio com Relatório.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2014) as doenças crónicas não transmissíveis constituem um problema de Saúde Pública, uma vez que adquiriram, em Portugal, uma expressão epidémica. Para além das doenças do foro mental, são especialmente preocupantes a diabetes, a obesidade, as doenças oncológicas, as doenças cérebro e cardiovasculares bem como as doenças respiratórias crónicas.

O que leva a que o acompanhamento da pessoa/família, pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) facilite o processo de adaptação à doença, ajudando na redefinição de papéis na família, ajustes no meio ambiente e servindo de suporte para as necessidades dos mesmos. O programa de reabilitação deve ser iniciado precocemente no que diz respeito à prevenção de incapacidades e à promoção da saúde. Quando estabelecemos que o tratamento é de extrema importância, não menos importância tem a delimitação das incapacidades, sendo estas de origem temporária, permanente ou progressiva, havendo que compensá-las para a melhor independência possível (Lima, 2014).

O presente trabalho tem como principal finalidade conhecer as intervenções ao nível da prevenção, tratamento e recuperação do utente com doença crónica e respectiva família/prestador de cuidados.

Os dados utilizados neste trabalho foram obtidos através de fontes primárias e secundárias, nomeadamente através da consulta do processo clínico, de entrevista realizada ao utente e da informação transmitida pela equipa de enfermagem.

Defino como objectivos para o trabalho:

- Conhecer e desenvolver estratégias de avaliação que permitam a adaptação e recuperação do utente, com doença crónica, na recuperação da marcha;
- Reconhecer práticas de risco e adoção de medidas preventivas na prestação de cuidados especializados;
- Desenvolver capacidades de interação com o utente e a família;

- Estabelecer prioridades e estratégias de melhoria de qualidade da prática de cuidados especializados.

Assim, o trabalho encontra-se dividido em três partes: introdução, enquadramento teórico e conclusão.

Na introdução exponho o tema e a sua pertinência bem como finalidade e objectivos. O desenvolvimento encontra-se por subcapítulos onde exponho a descrição clínica, o enquadramento teórico e o plano de cuidados.

Na conclusão apresento os resultados deste trabalho e uma breve reflexão sobre os objetivos traçados inicialmente.

.

# 1. DESCRIÇÃO CLÍNICA

## 1.1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

**Nome:** R. P.

**Data de nascimento:** 19/09/1957 – 58 A

**Estado civil:** Solteiro

**Habilitações Literárias/Profissão:** Licenciatura / Professor de História

**Habitação:** construção de 1950, apartamento no 1º andar localizado na zona histórica de Lisboa, com interior íntegro e limpo, exterior com escadas de madeira e ingremes. Acesso à rua pelas escadas.

**Agregado Familiar:** Co habita com a tia de 86 A sendo esta a cuidadora informal, que é independente nas AVD's e AIVD'S.

## 1.2. ANTECEDENTES ANTERIORES

**Antecedentes pessoais:** Anemia multifactorial, Défice de vitamina D com hiperparatiroidismo secundário e osteoporose (com colapso L1 – L3 sem indicação cirúrgica), Hipotiroidismo descompensado por incumprimento terapêutico, Diabetes Mellitus tipo II insulinotratado (em processo de adaptação a antidiabéticos orais para exclusão de insulina), Dislipidemia, Cirrose hepática de origem etanólica, Pancreatite crónica etanólica, Doença Bipolar, Incontinência fecal.

**Hábitos/ Comportamentos Aditivos:** Fumador de 5 cig/dia, com hábitos alcóolicos excessivos agravados nos meses que antecederam o primeiro internamento.

### Terapêutica de ambulatório

Medicamento	Horário				
	Jejum	Peq. Alm	Almoço	Jantar	Ceia
Linagliptina 5 mg		1			
Letter 0,1 mg		1			
Furosemida 40 mg		1			
Magnesiocard (saq)			1		
Calciferol solução (gts)		5	1		
Espironolactona 100 mg			1		



**Nota Geral:** A 3/8/20015, o utente recorreu ao serviço de urgência por hipoglicémia ficando internado por sepsis com ponto de partida urinário. No decorrer do internamento realiza colheitas para Urocultura e Hemocultura tendo iniciado, empiricamente, antibioterapia (Meropenem) devido aos seus antecedentes e microorganismos isolados em colheitas antigas. Foram isolados Klebsiella Pneumoniae na urina, Klebsiella Oxytoca no sangue e isolado clostridium difficile nas fezes. Cumpriu 14 dias de Vancomicina e 11 dias de Meropenem segundo TSA com resolução da infecção urinária e melhoria das dejeções. Teve alta a 26 de Agosto de 2015.

### 1.3. ADMISSÃO NA ECCI

**Data de admissão:** 18/09/2015

Utente consciente, orientado no espaço, tempo e pessoa. Discurso fluente e comunicativo. Parcialmente dependente nas AVD's. Realiza a sua higiene na casa de banho com ajuda da tia para o sentar na banheira por não conseguir entrar na casa de banho com o andarilho.

Apresenta pele desidratada mas integra e sem úlceras por pressão. Emagrecido.

Alimenta-se de forma independente, à mesa, mas não prepara os alimentos, sendo estes confeccionados e preparados pela tia.

Apresenta força 4/5 nos membros superiores e inferiores segundo a escala de forças de Lower. Passa da posição de sentado para a posição em pé com ajuda de andarilho mas sem auxílio de 2ª pessoa. Realiza marcha com bengala e/ou andarilho dentro da habitação com cansaço moderado, sem quedas a registar. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico, confirmado pela aplicação da escala de Berg que se encontra em Anexo IV.

**Parâmetros Vitais:** TA: 110/60 mmHg; FC: 68 bpm; FR: 24 C/min, SPO2: 99%

Glicemia Capilar: 285 mg/dl (em jejum), Peso: 40 kg Perimetro Abdominal: 75 cm, Dor: 3

#### 1.4. ÍNDICE DE BARTHEL

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do utente para a realização de dez atividades básicas de vida diária; comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. O Sr. R.P. foi avaliado com a soma do **índice 50** representando assim Dependência Moderada (Anexo I).

##### Resultado Grau de dependencia

< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independente

#### 1.5. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE LOWER

A Escala de avaliação da força muscular de Lower baseia-se na avaliação da força muscular, a partir da palpação da unidade músculo-tendinosa durante o movimento, verificação da amplitude de movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, avaliada de 0 a 5 num valor total de 5. (Anexo II)

#### 1.6. ÍNDICE DE TINETTI (VERSÃO PORTUGUESA)

A escala de Tinetti é uma escala de equilíbrio e mobilidade desenvolvida para definir o equilíbrio e a marcha, o Índice de Tinetti detecta alterações na locomoção, diagnostica e quantifica a gravidade do comprometimento e prediz o risco de quedas. (Anexo III). O utente utilizou para execução do teste o auxiliar de marcha – Andarilho.

0 - 18 pontos	elevado risco de queda ( equilíbrio reduzido)
19 - 23 pontos	moderado de queda (equilíbrio moderado)
24 - 28 pontos	baixo risco de queda (equilíbrio mantido)

Fonte: Ribeiro (2009).

#### 1.7. AVALIAÇÃO PARES CRANIANOS

A avaliação neurológica dos pares cranianos é feita de forma sistematizada através de técnicas específicas que permitem a detecção de alterações do foro neurológico. (Anexo V)

## 2- ENQUADRAMENTO TEORICO

Neste capítulo apresento o estudo de caso, cuja finalidade é contribuir para a compreensão do processo de cuidados no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa ECCI sendo efectuada uma breve abordagem à doença crónica, à Diabetes e à Doença Bipolar.

O enfermeiro de reabilitação presta cuidados especializados, sendo a sua intervenção centrada na avaliação da funcionalidade e no diagnóstico de alterações, na conceção, implementação e execução de planos de intervenção bem como na promoção da inclusão da pessoa na comunidade. A intervenção do enfermeiro de reabilitação na equipa multidisciplinar passa pela gestão de caso entre a equipa de enfermagem, a pessoa e o prestador de cuidados.

Constata-se ainda que a intervenção do enfermeiro de reabilitação contribui para a obtenção de ganhos em saúde, relacionados com a satisfação da pessoa, promoção do bem-estar e autocuidado, prevenção de complicações, promoção da saúde, reeducação e readaptação funcional da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Na atualidade a doença crónica constitui uma faceta importante dos problemas de saúde nos indivíduos, nas famílias e na comunidade. Nas conjecturas atuais a consciencialização das necessidades não satisfeitas das pessoas com doenças crónicas tornam-se evidentes. Estas necessidades vão para além do aspeto estritamente médico, levando a uma procura de múltiplas fontes de ajuda e cuidados.

Phipps, Sands & Marek (2003) definem doença crónica como uma designação genérica que abrange doenças prolongadas, associadas a um certo grau de incapacidade. Por sua vez WHO (2010), define doença crónica como “doença de longa duração e geralmente de progressão lenta” (p. 9), que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alterações patológicas não reversíveis, requerem ensino especial para a reabilitação da pessoa ou pode-se esperar que exijam um longo período de supervisão, observação ou cuidados e são hoje responsáveis por 86 % das mortes a nível da Europa.

Sendo as doenças crónicas responsáveis por elevadas taxas de mortalidade e morbilidade, o impacto destas doenças na vida das pessoas traduz-se frequentemente por limitações motoras, levando a um elevado grau de dependência.

A abordagem destas doenças implica uma actuação planeada e organizada de modo a evitá-las e assim reduzir as incapacidades por elas causadas (Henriques, 2011).

Por vezes as capacidades de adaptação das pessoas com doenças crónicas estão reduzidas devido a idade avançada, por deterioração funcional e incapacidade e ainda devido aos recursos pessoais, sociais e financeiros (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

Para Hoeman (2011), quando uma pessoa é incapaz de mover uma parte do corpo ou a sua totalidade em consequência de doença, acidente ou tipologia de tratamento, podem ocorrer, a curto prazo, inúmeras complicações. Por sua vez o aumento do número de doenças crónicas está diretamente relacionado com maior incapacidade de realizarem as suas atividades de vida diárias levando a inaptidão para o auto cuidado.

São consideradas doenças crónicas a diabetes, a doença cardíaca, a asma, a doença pulmonar obstrutiva crónica, o cancro, o VIH/SIDA, a depressão e as deficiências físicas (WHO, 2010).

As doenças crónicas apresentam características comuns, manifestam-se na pessoa para além da dimensão física na dimensão psicológica, social e económica (Von Korff, Gruman, Schaefer, Curry, Wagner, 1997).

## 2.1 PREVALÊNCIA DA DIABETES

A Diabetes constitui, atualmente, uma das principais causas de morte no mundo, principalmente por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral. Além do sofrimento que as complicações relacionadas com a doença causam na pessoa com Diabetes e nos seus familiares, os seus custos económicos são avultados. Estes custos incluem os cuidados de saúde, a perda de rendimentos e os custos económicos para a sociedade em geral, a perda de produtividade e os custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico (Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

Segundo o Observatório Nacional da Diabetes (OND) (2014) em 2013 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos) foi de 13,0%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes.

O impacto do envelhecimento da população portuguesa refletiu-se num aumento da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2013. Em termos de composição da taxa de prevalência da Diabetes, em 56% dos indivíduos esta já havia sido diagnosticada e em 44% ainda não tinha sido diagnosticada. Verifica-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da Diabetes entre os homens (15,6%) e as mulheres (10,7%). Verificando-se também um aumento da prevalência da Diabetes com a idade. Mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos tem Diabetes.

Dados divulgados pelo OND (2014) estimam, que em 2013, existiam 382 milhões de pessoas com diabetes sendo que em 2035 este valor subirá para 592 milhões.

O OND (2014) verifica ainda que o número de pessoas com Diabetes tipo 2 está a aumentar em todos os países e que a maior parcela de pessoas com diabetes tem idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos.

Existem, actualmente, 175 de milhões de pessoas com diabetes que desconhecem que possuem a doença.

Dados do OND (2014) relatam que a diabetes provocou 5,1 milhões de mortes em 2013 e que a cada seis segundos morre uma pessoa por diabetes.

A persistência de um nível elevado de glicose no sangue, sem sintomatologia perceptível para o indivíduo resulta em lesões nos tecidos. Embora as lesões afetem os órgãos de um modo geral, os rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular, manifestamente são as mais importantes, e fragrantemente das complicações da Diabetes (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

São vários os factores que vão influenciar a capacidade ou motivação da pessoa para cumprir o regime prescrito. Ao elaborar um diagnóstico de enfermagem é necessário uma avaliação da situação de forma a balizar as razões por que a pessoa não está a cumprir as recomendações terapêuticas. A etiologia do incumprimento inclui o sistema de valores da pessoa como convicções de saúde, influência cultural e valores espirituais sendo razão passível para a não adesão, não compreender as recomendações e procedimentos, efeitos colaterais da terapêutica bem como o isolamento social e falta de apoio.

No utente em que assenta este estudo de caso houve a necessidade da substituição do equipamento de avaliação de glicémias por o utente não efetuar registo diário das avaliações e fornecer ao acaso valores de glicémia que se apresentavam com uma grande discrepância.

Foi envolvida a prestadora de cuidados (Tia) ficando esta responsável pelo registo dos valores. O equipamento que ficou no domicílio do utente também permitia um registo semanal com data e hora das avaliações.

Com registos fidedignos foi possível perceber o quão descompensado se encontrava este utente.

Se o objetivo é manter a pessoa com doença crónica num aceitável estado de saúde e este esteja a ser afetado pelas atitudes ou capacidade do indivíduo ou da família/prestador de cuidados, é necessário intervir e alterar atitudes e capacidades mas com aceitação mútua do utente, do prestador de cuidados e do enfermeiro.

Com o registo eficaz dos valores, e por se encontrarem elevados, o utente retomou a insulino terapia, com a dose que fazia anteriormente, por iniciativa própria sem consultar o clínico que o acompanha. Com o intuito de melhorar valores de glicemia foi feita uma abordagem à alimentação para percepção do tipo de alimentos ingeridos e a tipologia da dieta diária em que foi elaborado um diário de alimentação.

Após consulta do diário efetuado pela prestadora de cuidados, foram evidentes os erros cometidos com a alimentação, desde os alimentos que só devem ser consumidos ocasionalmente faziam parte integrante da dieta do dia por múltiplas vezes, e o alimentos que deveriam ser consumidos de forma “descarada” nem constavam no diário que contemplava 5 dias da semana.

Como alternativa à alimentação diária deste utente foi fornecido um guia de receitas para diabéticos (em Anexo VI) que foram obtidas através da Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal. É de extrema importância a elaboração de um planeamento individualizado que possibilite a maximização da função, partindo do princípio que os objetivos são realistas e aceitáveis para a pessoa (Souza & Faro, 2011).

Como uma situação crónica não é estática, há que regularmente fazer novas avaliações para avaliar a progressão ou regressão e uma vez que o processo de reabilitação é longo, implicando a envolvimento das componentes biopsicossociais, torna-se num desafio tanto para a pessoa como para o enfermeiro.

Por se tratar de uma área de especialidade que aborda a pessoa em constante interação com a sociedade e com o seu meio ambiente, o impacto da

doença crónica na vontade ou capacidade da pessoa em participar, dependerá da personalidade da mesma antes da doença, bem como da sua experiência de vida e das relações familiares.

Numa das visitas domiciliárias encontrámos o utente pouco motivado a colaborar na realização dos exercícios (enquanto fazia as mobilizações retirava “borbotos” da roupa) e pouco receptivo às alterações propostas sobre a alimentação. Por conhecimento dos antecedentes anteriores, foi abordado o utente de forma empática e cautelosa para que este verbaliza-se o que o incomodava e entristecia. O utente inicia uma conversa sobre o seu passado enquanto professor fazendo referencia à exaustão a que chegou durante o tempo que leccionou. Referia ter períodos de excentricidade enquanto leccionava e em como o vazio e a solidão se apoderavam de si quando regressava a casa.

Na altura foi-lhe diagnosticada Doença Bipolar e foi medicado. Teve acompanhamento por um Psiquiatra durante o tempo que leccionou em Seia (5 anos). Afirmou que por abandono do tratamento começou a consumir álcool em doses elevadas levando ao isolamento social e à deterioração do seu estado de saúde. Regressou a Lisboa, para casa da tia e foi internado por múltiplas complicações pelo consumo excessivo de álcool e tabaco. No decorrer da conversa verbalizou ter ideias suicidas.

Pela delicadeza da situação foi feita articulação com a psicóloga para encaminhamento e tratamento desta patologia por esta fazer toda a diferença no prognóstico do utente. Há que referir que foi questionado o utente se queria este acompanhamento tendo sido aceite de imediato pelo mesmo.

Apresento de seguida uma breve abordagem ao tema.

## 2.2 DOENÇA BIPOLAR

Segundo Katona e Robertson (2005) a Doença Bipolar, tradicionalmente designada Doença Maníaco-Depressiva, é uma doença psiquiátrica caracterizada por variações acentuadas do humor, com crises repetidas de depressão e mania. As crises podem ser graves, moderadas ou leves, bem como a sua frequência bastante variável.

As oscilações do humor repercutem-se nas sensações, nas emoções, nas ideias e no comportamento da pessoa, com uma perda importante da saúde e da

autonomia da personalidade (Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Maníaco-Depressivos ADEB, 2015).

A perturbação bipolar I é caracterizada por episódios maníacos, episódios depressivos ou mistos, a perturbação bipolar II é caracterizada por episódios depressivos graves e hipomaníacos.

A prevalência de perturbações bipolares ao longo da vida é de 1%, numa percentagem idêntica em ambos os sexos. Existe uma elevada taxa de prevalência nas classes sociais mais altas relacionada com as diferenças de acesso ao diagnóstico e tratamento (Katona & Robertson, 2005).

A tendência atual é termos um número crescente de indivíduos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crónicas e de dependência. O aumento do número de doenças crónicas está diretamente relacionado com maior incapacidade de realizarem as suas atividades de vida diárias levando a inaptidão no auto cuidado.

O aumento das doenças crónicas e a sua falta de controlo ocasiona alterações nas capacidades das pessoas levando a vulnerabilidade física, psicológica e social, que exigem a curto/médio prazo suporte familiar, social e de saúde.

A cuidadora informal (Tia), que também tem uma doença crónica (Diabetes Mellitus tipo 2), refere múltiplos sintomas associados ao stress familiar proveniente do evento de fragilidade de saúde do sobrinho e o que ele representa para ela. Nesta situação, a adaptabilidade familiar ditará o sucesso das alterações introduzidas uma vez que é necessário a família reorganizar-se e alterar regras e padrões de interação como resposta ao stress estando este ligado à situação ou ao desenvolvimento da mesma.

O utente terá a visita da médica de família para avaliação e eventual prescrição de fármacos ou encaminhamento para Psiquiatria.

A intervenção, pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), deve ser feita de forma holística, integrada e contextualizada no processo de recuperação promovendo o envolvimento ativo dos familiares/cuidadores informais.

## 2.3 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

O enfermeiro ao cuidar da pessoa com doença crónica desenvolve a sua tomada de decisão através da conceção de um processo de cuidados. Este



processo de cuidados desenvolve-se através de Juízos de diagnósticos com a produção de intervenções de enfermagem.

Na abordagem efetuada pelo EEER existe uma preocupação para minimizar as limitações impostas pela doença, maximizando a capacidade funcional, promovendo uma melhor qualidade de vida e prevenindo complicações.

As metas a longo prazo de um programa de reabilitação são: minimizar a sintomatologia detetada, melhorar ou manter a capacidade para autocuidado e atividades de vida diária bem como, impedir ou adiar o desenvolvimento de complicações secundárias na pessoa (OE, 2015).

O processo de enfermagem constitui-se assim, como elemento fundamental que orienta a prática dos cuidados de enfermagem à pessoa/família, de forma a assisti-lo no desempenho de atividades que contribuam para promover, proteger e recuperar a saúde, estabelecendo a relação terapêutica.

Foram estabelecidos diagnósticos de enfermagem pela CIPE Beta 2 (2011) adaptando a elaboração dos mesmos à concepção teórica de Dorothea Orem.

### 3- PLANO DE CUIDADOS

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipo de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
13/10/2015	Andar comprometido relacionado com diminuição da força muscular em todos os segmentos (Escala de Lower 4/5) manifestado por Passadas ineficazes e a diferentes ritmos	Andar melhorado ao fim de 10 dias com recuperação da força muscular apresentando passadas rítmicas e eficazes	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manter ambiente</li> <li>- Agir/Fazer</li> <li>-Guiar/Orientar</li> <li>- Ensinar</li> <li>-Apoio físico e psicológico</li> </ul>	<b>Sistema Apoio – Educação:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade da marcha através da aplicação da escala de Tinetti (como a velocidade, a distância do passo e a simetria)</li> <li>- Monitorizar a força muscular através da escala de Lower</li> <li>- Avaliar capacidade para executar técnica de marcha</li> <li>- Ensinar técnica de marcha</li> <li>- Ensinar sobre técnica de adaptação para andar com andarilho</li> <li>- Instruir sobre a técnica de adaptação para andar</li> <li>- Ensinar sobre a adequação do vestuário e calçado</li> <li>- Instruir sobre técnicas de posicionamento (correção postural)</li> </ul>	<p>15/10/2015 - Feita avaliação da escala de Tinetti com score 19 (equilíbrio moderado). Feita avaliação da força através da escala de Lower apresentando força 4/5 nos membros superiores e inferiores.</p> <p>17/10/2015 – O Sr R. foi colocado a andar e conhece técnica para andar apresentando as duas grandes fases do ciclo da marcha mas necessita de estímulo por apresentar fase de pausa entre as duas fases da marcha. Apresenta marcha com velocidade baixa, com cadência e simetria do passo, anda em aclives e declives, sobe e desce degraus. Anda com o andarilho, necessita de acompanhamento e de correção da postura</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar técnica de adaptação para andar (Subir e descer escadas, pequenas distancias (5metros) e medias distancias (até 30 metros))</li> <li>- Providenciar material educativo (Guião de exercícios)</li> </ul>	<p>corporal frequentemente e identifica barreiras arquitetónicas para andar e conhece a necessidade de adaptação do domicílio para andar.</p> <p>21/10/2015, 22/10/2015, 29/10/2015 - Realizou treino de marcha no corredor, com supervisão, necessitando de correcção postural frequentemente. Fez treino de subir e descer escadas (10 escadas com apoio no corrimão e correção postural).</p> <p>Foi fornecido um guião com exercícios que a pessoa deveria efectuar durante a tarde. O Sr R. cumpriu com o plano de exercícios elaborado.</p>
--	--	--	--	--	---

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipo de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
13/10/2015	Andar com auxiliar de marcha comprometido relacionado com défice de conhecimento manifestado por uso incorrecto do auxiliar de marcha (elevação do andarilho sem utilizar os pontos de apoio)	Andar com auxiliar de marcha melhorado ao fim de 10 dias com aquisição de conhecimentos e uso correto dos seus auxiliares de marcha (bengala e andarilho)	-Manter ambiente - Agir/Fazer -Guiar/ Orientar - Ensinar -Apoio físico e psicológico	<b>Sistema Apoio – Educação:</b>  - Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha (andarilho, Bengala)  - Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha  - Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha  - Instruir a andar com auxiliar de marcha  - Treinar a andar com auxiliar de marcha (Bengala, Andarilho)	13/10/2015 – O Sr. R anda com o andarilho, mas frequentemente necessita de correção postural. Corrige, com incentivo, a posição do auxiliar de marcha. Identifica barreiras arquitetónicas para andar com auxiliar de marcha e conhece a necessidade de adaptação do domicílio para andar.  22/01/2015 – O Sr. R usa adequadamente o andarilho. Faz manutenção periódica de 2 em 2 semanas do mesmo.

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipo de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
13/10/2015	Conhecimento do prestador de cuidados não demonstrado relacionado com a adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha manifestado por presença de várias barreiras arquitetónicas	Conhecimento do prestador de cuidados demonstrado ao fim de 5 dias com identificação das barreiras arquitetónicas	-Manter ambiente - Agir/Fazer -Guiar/ Orientar - Ensinar -Apoio físico e psicológico	<b>Sistema Apoio – Educação:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação no domicílio para andar (barreiras arquitetónicas)</li> <li>- Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para andar (correção postural, treino de marcha, subir e descer escadas)</li> <li>- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha</li> <li>- Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha</li> </ul>	21/10/2015 - Após ensinamentos sobre adaptação no domicílio (barreiras arquitetónicas), a prestadora de cuidados demonstrou conhecimentos sobre a necessidade de adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha bem como a identificação de barreiras arquitetónicas (carpete, porta da casa de banho).

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipo de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
13/10/2015	Equilíbrio corporal comprometido relacionado com diminuição da força muscular em todos os segmentos (Escala de Lower 4/5) manifestado por insegurança da pessoa que não faz a posição unipodal durante 1 minuto (índice de Tinetti= 19)	Equilíbrio corporal melhorado ao fim de 5 dias em que se mantém em posição unipodal 5 minutos	-Manter ambiente - Agir/Fazer -Guiar/Orientar - Ensinar -Apoio físico e psicológico	<b>Sistema Apoio – Educação:</b>  -Monitorizar equilíbrio corporal através do índice de Tinetti  -Avaliar força muscular através do controlo de movimentos e mobilização ativa dos segmentos  -Avaliar equilíbrio corporal (estático sentado, estático ortostático, dinâmico sentado, dinâmico ortostático)  -Estimular a manter equilíbrio corporal: correcção postural  - Executar mobilizações ativas da cabeça e pescoço através da rotação, da flexão e da extensão  -Ensinar e estimular as mobilizações ativas dos membros superiores e inferiores  -Executar técnica de treino de equilíbrio em séries de 10 repetições: Alternância de cargas	13/10/2015 - Foi feita a avaliação do índice de Tinetti com score 19 – equilíbrio moderado. A avaliação pelo índice de Tinetti permite avaliar equilíbrio estático e dinâmico nesta situação e como resultados obtidos não há equilíbrio estático mas está presente o equilíbrio dinâmico o que não é possível levando a crer que houve condicionamento dos resultados. Foi feita uma avaliação do equilíbrio pela escala de Berg que se encontra em Anexo IV com obtenção de valor 48 – Bom equilíbrio.  17/10/2015 O Sr. R quando orientado para olhar em frente, conseguiu com facilidade fazer correcção postural, no entanto, ainda se apoiou no andarilho. Executou a atividade de se levantar e sentar no sofá sem dificuldade. Apresentou bom

				<p>Membros superiores, Alternância de cargas Membros inferiores, Exercícios de coordenação motora</p> <p>-Ensino e treino de exercícios de equilíbrio e correção postural com a pessoa sentada com flexão e extensão do tronco com supervisão (Equilíbrio dinâmico sentado, Equilíbrio estático sentado)</p> <p>- Ensino e treino de equilíbrio com a pessoa em pé com flexão e extensão do tronco com supervisão (Equilíbrio dinâmico ortostático, Equilíbrio estático ortostático)</p>	<p>equilíbrio estático e dinâmico. Na posição de pé, necessitou do andarilho para se suportar. Realiza exercícios de apoio unipodal com dificuldade por se tentar segurar ao andarilho. Nos exercícios de oscilação corporal corrigiu com facilidade, demonstrando bom equilíbrio dinâmico. Com necessidade frequente de correção postural. Realiza mobilizações ativas e ativas resistidas com a garrafa de água com sequências iniciais de 10 vezes e ao longo do programa de reabilitação conseguiu desenvolver sequências de 15.</p> <p>21/10/2015 Na realização do treino de marcha, para 3 metros apresenta equilíbrio estático e dinâmico bem como no subir e descer escadas. Com necessidade frequente de correção postural.</p> <p>22/01/2015 O Sr R. desceu as escadas do prédio apoiado no corrimão das</p>
--	--	--	--	--	--

					escadas e veio há porta da rua, acontecimento que não ocorria há mais de 3 meses.
--	--	--	--	--	---



Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipo de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
13/10/2015	Risco de Rigidez Articular relacionado com diminuição do movimento muscular e articular manifestado por défice de conhecimento sobre exercícios músculo articulares ativos	Conhecimento demonstrado ao fim de 5 dias sobre exercícios músculo articulares ativos para prevenção da rigidez articular	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manter ambiente</li> <li>- Agir/Fazer</li> <li>-Guiar/Orientar</li> <li>- Ensinar</li> <li>-Apoio físico e psicológico</li> </ul>	<p><b>Sistema Apoio – Educação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar movimento articular</li> <li>-Executar técnica de posicionamento (correção postural)</li> <li>-Executar técnica de exercício músculo articular ativo resistido (garrafa de água de 33cl) nos membros superiores a realizar 1 sessão de 10 repetições de movimentos de flexão extensão do cotovelo, circundação, pronação supinação, desvio cubital, flexão extensão dos dedos com adução e abdução e oponência do polegar.</li> <li>- Executar técnica de exercício músculo articular ativo nos membros inferiores a realizar 1 sessão de 10 repetições de movimentos de rotação interna e externa da coxofemoral, flexão e extensão do joelho e dorsiflexão e flexão plantar</li> <li>-Avaliar conhecimento sobre condições de risco para a rigidez articular</li> <li>-Ensinar sobre condições de risco para a rigidez articular</li> </ul>	<p>13/10/2015 – O Sr R. apresenta ligeira diminuição do movimento muscular e articular. Não apresenta dor ao movimento articular. Feita avaliação da força através da escala de Lower apresentando força 4/5 nos membros superiores e inferiores. O Sr R. realiza exercícios musculares e articulares ativos com necessidade de melhorar a sua eficácia.</p> <p>17/10/2015 - O Sr R. conhece as medidas de prevenção de rigidez articular, identifica os sinais de rigidez articular e conhece as causas para rigidez articular, mas precisa de melhorar a técnica de exercícios muscular e articulares.</p> <p>21/10/2015 - O Sr R. executa técnica de exercícios muscular e articular com necessidade</p>

				<p>-Providenciar material educativo (Guia de exercícios)</p>	<p>de correção do movimento</p> <p>22/10/2015 - Realizou exercícios muscular e articulares ativos-resistidos com a garrafa de água com sequências iniciais de 10 vezes e ao longo do programa de reabilitação conseguiu desenvolver sequências de 15, com necessidade de correção e incentivo frequentemente. Foi fornecido um folheto com exercícios que o Sr R. deveria efetuar durante a tarde.</p> <p>O Sr R. cumpriu com o plano de exercícios elaborado.</p>
--	--	--	--	--	--

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipo de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
13/10/2015	Eliminação intestinal comprometida relacionada com patologia da Diabetes manifestada por descontrolo do esfíncter anal	Eliminação intestinal melhorada ao fim de 3 semanas com controlo de esfíncter anal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manter ambiente</li> <li>- Agir/Fazer</li> <li>-Guiar/Orientar</li> <li>- Ensinar</li> <li>-Apoio físico e psicológico</li> </ul>	<p><b>Sistema Apoio – Educação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar autocontrolo: continência intestinal</li> <li>-Elaborar plano de dieta adequada (rica em fibras) e incentivar ingestão de líquidos</li> <li>-Elaborar um instrumento de registo do padrão de eliminação intestinal, que incluía: características das fezes, número e horas dos episódios de incontinência intestinal</li> <li>- Efetuar registo das dejeções, de forma a avaliar o padrão intestinal</li> <li>-Incentivar o autocontrolo: continência intestinal</li> <li>-Planear eliminação intestinal através de técnicas comportamentais</li> <li>-Avaliar conhecimento sobre auto controlo: continência intestinal</li> <li>-Ensinar sobre a postura mais</li> </ul>	<p>13/10/2015 – O Sr R. não apresenta controlo de esfíncter anal e tem um padrão de eliminação intestinal alterado (irregular). Foi feito ensino sobre a alimentação e a importância da ingestão de fibras tendo o Sr R. ficado pouco receptivo a mudar os hábitos alimentares.</p> <p>17/10/2015 - O Sr R desconhecia a técnica de exercícios musculares pélvicos, a técnica de treino intestinal e a técnica de massagem abdominal.</p> <p>21/10/2015 – O Sr R. demonstra conhecimento, após a validação dos ensinamentos efetuados. Identificou a implementação das técnicas instruídas e treinadas durante o dia.</p> <p>22/10/2015 – O Sr R. não realiza adequadamente a técnica de treino intestinal.</p>

				<p>adequada ao processo de evacuação no WC (flexão do tronco, massagem abdominal no sentido do fluxo intestinal, manobra de valsalva</p> <p>-Ensinar sobre exercícios musculares pélvicos</p> <p>-Ensinar sobre massagem do abdómen</p> <p>-Ensinar sobre autocontrole continência intestinal</p> <p>-Ensinar sobre técnica de treino intestinal</p> <p>-Avaliar capacidade para o autocontrole: continência intestinal</p> <p>-Instruir sobre autocontrole continência intestinal</p> <p>-Instruir sobre exercícios musculares pélvicos</p> <p>-Instruir sobre massagem do abdómen</p> <p>-Instruir sobre técnica de treino intestinal</p>	
--	--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"><li>-Treinar exercícios musculares pélvicos</li><li>-Treinar massagem do abdómen</li><li>-Treinar técnica de treino intestinal</li></ul>	
--	--	--	--	--	--

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipo de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
13/10/2015	Adesão ao regime terapêutico comprometido relacionado com a não aceitação do estado de saúde manifestado por incumprimento das avaliações das glicémias capilares e administração de insulina	Adesão ao regime terapêutico melhorado ao fim de 15 dias com avaliação e registo das glicémias capilares e administração de insulina	-Manter ambiente - Agir/Fazer -Guiar/Orientar - Ensinar -Apoio físico e psicológico	<b>Sistema Apoio – Educação:</b>  -Avaliar adesão ao regime terapêutico: regime medicamentoso -Avaliar adesão ao regime terapêutico -Assistir a analisar a não adesão ao regime terapêutico -Apoiar na tomada de decisão -Encorajar tomada de decisão -Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão -Incentivar adesão ao regime medicamentoso -Incentivar adesão ao regime terapêutico -Incentivar comportamento de adesão -Incentivar envolvimento da pessoa -Incentivar o envolvimento da família -Incentivar relação dinâmica com pessoas com gestão do regime terapêutico eficaz -Negociar adesão ao regime terapêutico -Negociar um contrato de saúde -Orientar para um médico	13/10/2015 - O Sr R. evidencia não adesão ao regime terapêutico e medicamentoso e descreve crenças erróneas sobre o regime terapêutico 15/10/2015 Após alguns dias de controlo de valores de glicémia, que o utente não registava e apenas verbaliza o valor (sendo repetido por múltiplas vezes 108 mg/dl) foi substituída a maquina de avaliação de glicémia que efetua registo de valores. Valor registado em jejum 354 mg/dl reforçado ensino sobre alimentação e verificada medicação Valor registado em jejum 489 mg/dl utente retomou insulino terapia nesse dia (8U) por iniciativa própria. Valor registado em jejum 467 mg/dl e de registo da ceia anterior HI (aumenta administração de insulina para 12U novamente por iniciativa do utente) 16/10/2015 - Reforçado ensino e questionada alimentação

			<p>endocrinologista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaborar plano de dieta adequada (rica em fibras) e incentivar ingestão de líquidos</li> <li>-Providenciar material educativo (Receitas para Diabéticos)</li> <li>-Estimular o registo sistemático dos valores da glicémia capilar</li> <li>- Providenciar material educativo (Guião de Receitas para Diabéticos e Guião sobre alimentação e diabetes) (em Anexo VI e VII)</li> <li>-Apoiar a pessoa</li> <li>-Promover a aceitação do estado de saúde</li> <li>-Promover escuta activa</li> <li>-Incentivar o envolvimento da família (explicar que nesta fase será a tia que o pode ajudar a retomar algumas das atividades que fazia anteriormente)</li> <li>-Elogiar a aprendizagem de habilidades</li> <li>-Apoiar a tomada de decisão</li> </ul>	<p>17/10/2015 - Feito reforço da importância da atividade durante o dia como fator promotor de controlo dos valores de glicémia</p> <p>Valor registado em jejum 398 mg/dl e novo registo da ceia anterior HI foi pedido à cuidadora (tia) que contata-se o médico endocrinologista para ajuste de terapêutica uma vez que o utente referiu ter administrado 14 U insulina</p> <p>20/10/2015 - O utente revela falta de conhecimento sobre hábitos alimentares, gestão do regime terapêutico, complicações da não adesão e como prevenir hipoglicemias e hiperglicemias.</p> <p>20/10/2015 Foi abordado o tipo de alimentação que fazia e que ingredientes gostava, utente mencionou vários dos quais uma grande percentagem a cuidadora não pode ou quer ingerir ficando este privado dos alimentos que mais gostava. A dieta diária deste utente é pobre em vegetais, peixe e fibra, pelo que se elabora um plano</p>
--	--	--	--	--

			<p>-Facilitar a comunicação expressiva de emoções</p> <p>-Encorajar a comunicação expressiva de emoções</p> <p>-Orientar para avaliação Psiquiátrica</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre hábitos alimentares</p> <p>-Ensinar sobre hábitos alimentares</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre gestão do regime terapêutico</p> <p>-Ensinar sobre gestão do regime terapêutico</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico</p> <p>-Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre prevenção de hipoglicemias e hiperglicemias</p> <p>-Ensinar sobre prevenção de hipoglicemias e hiperglicemias</p>	<p>alimentar com apoio de Dietista e se adiciona suplementos específicos para diabéticos (Diasip).</p> <p>26/10/2015 - Foi fornecido um guião de Receitas para Diabéticos.</p> <p>Valor registado em jejum 335 mg/dl tendo sido transmitido pela cuidadora que não estaria a fazer insulina por a caneta se encontrar vazia. Foi trocada a carga e administrou insulina (8 U). Pelo sucedido cuidadora não contactou medico endocrinologista ficando a guardar resultados.</p> <p>Valor registado em jejum 285mg/dl fez administração de 8 U insulina (humunlin – intermédia)</p> <p>27/10/2015 - Durante a realização dos exercícios, o utente foi incentivado e encorajado, tendo o mesmo verbalizado que não conseguia porque se sentia triste. Verbalizou que tinha Doença Bipolar diagnosticada há alguns anos e que atualmente não fazia medicação nem tinha seguimento, o que o levava a</p>
--	--	--	--	---



					<p>isolar-se e a entrar em conflito com a tia.</p> <p>Foi agendada uma consulta ao domicílio com a psicóloga para encaminhamento.</p> <p>O Sr R. ficou muito emocionado. Teve consulta da Psicóloga que encaminhou utente para médico de família.</p>
--	--	--	--	--	---

## **CONCLUSÃO**

Uma vez que as doenças crónico-degenerativas são dependentes, em parte, das inevitáveis alterações do processo de envelhecimento natural, bem como dos estilos de vida adoptados por cada indivíduo ao longo da vida, patologias cardiovasculares, neoplasias, demências, acidentes, perda de audição e visão, diabetes, doenças osteo-articulares constituem nas pessoas as principais causas de morbilidade e mortalidade (WHO, 2010).

Os resultados obtidos são reflexo da condição do utente escolhido e da estratégia de reabilitação implementada, monitorizados através de escalas validadas para a população portuguesa. A aplicação de escalas permite concluir que é possível monitorizar cuidados de enfermagem de reabilitação, demonstrando a eficácia das intervenções e que se deverá alargar a outros focos de atenção que permitam intervenções diferenciadas de reabilitação permitindo a continuidade de cuidados.

A realização deste trabalho foi de extrema importância e de elevado interesse pessoal contribuindo para a minha formação nesta área específica, podendo aprofundar conhecimentos de uma forma mais desafiante, baseada na evidência e mediante o contato com o utente.

## BIBLIOGRAFIA

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Maníaco-Depressivos (ADEB)  
<http://www.adeb.pt> acedido em 29/10/2015

DGS (2008) - Papel dos cuidados de saúde primários num modelo de gestão integrada de doenças crónicas. Lisboa, DGS,2008. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) , acedido 20/10/2015)

Henriques, M.A.P. (2011) *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade Eficácia das intervenções de enfermagem*. Universidade de Lisboa. Doutoramento em Enfermagem. Lisboa Disponível em [www.repositorio.ul.pt](http://www.repositorio.ul.pt)

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva, L. Abecais, M. Madeira, M. Negrão, M. Leal Trad.). Loures: Lusodidacta (Tradução do original do inglês *Rehabilitation Nursing – Process and Application*, 2008, Mosby, 4nd Edition).

<http://www.diabetes.org> acedido em 20/10/2015

Katona, C., Robertson, M. (2005), *Compêndio de psiquiatria*. Lisboa: Instituto Piaget

Lima, A. M. N. (2014). *A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade*. (Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação publicada). Disponível no Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Petiz, E. M. (2002). *Actividade física, equilíbrio e quedas - Um estudo em idosos institucionalizados*. Tese de Mestrado, não publicada, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto

Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003) *Enfermagem Médico-Cirúrgica – conceitos e prática clínica*, 6ª edição, Loures: Lusociencia.

Ribeiro, T. (2009). *Estudo do equilíbrio estático e dinâmico em indivíduos idosos*. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Porto

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2014). Diabetes: Factos e Números – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda

Souza, L., Faro, A. (2011 Out). História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. *Enfermería Global*, Volume 10, Nº 24, 290-306. Acedido em 06/11/2014. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412011000400022&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412011000400022&script=sci_arttext&lng=pt)

Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S.J., Wagner, E.H.,(Org) (1997)- *Collaborative Management of Chronic Illness*. (127), Center for Health Studies, Group Health Cooperative of Puget Sound, Seattle.

WHO (org)(2010) – *Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, interventions and challenges*. Observatory Studies Series. (20).United Kingdom

[www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-saude-dos-portugueses.aspx](http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-saude-dos-portugueses.aspx) acedido a 17/10/2015

**ANEXOS**

ANEXO I  
INDICE DE BARTHEL

## Escala de Barthel

<b>1. Alimentação</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas .....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres .....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 0

TOTAL

50

ANEXO II  
ESCALA DE LOWER



<b>Escala de avaliação da força muscular de Lower</b>	
5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência	
4/5 – Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força	
3/5 – Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência	
2/5 – Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama	
1/5 – Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento	
0/5 – Sem contração muscular e sem movimento	

<b>MEMBROS SUPERIORES</b>	<b>13/10/2015</b>	<b>27/10/2015</b>
ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	4/5	4/5
COTOVELO	4/5	4/5
PUNHO	4/5	4/5
DEDOS	4/5	4/5
<b>MEMBROS INFERIORES</b>	<b>13/10/2015</b>	<b>27/10/2015</b>
ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL	4/5	4/5
JOELHO	4/5	4/5
ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	4/5	4/5
DEDOS	4/5	4/5

ANEXO III  
INDICE DE TINETTI

EQUILÍBRIO ESTÁTICO CADEIRA		
1. EQUILÍBRIO SENTADO	0 – inclina-se ou desliza na cadeira	
	1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira	
	2 – estável, seguro	x
2. LEVANTAR-SE	0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio	
	1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa	x
	2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	
3. EQUILÍBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)	0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)	
	1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se	x
	2 – estável sem qualquer tipo de ajudas	
4. EQUILÍBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS	0 – instável	
	1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio	x
	2 – pés próximos e sem ajudas	
5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)	0 – começa a cair	
	1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza	
	2 – estável	x
6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO	0 – instável	
	1 – estável	x
7. VOLTA DE 360° (2 vezes)	0 – instável (agarra – se, vacila)	x
	1 – estável, mas dá passos descontínuos	
	2 – estável e passos contínuos	
8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto	x
	1 – aguenta 5 segundos de forma estável	
9. SENTAR-SE	0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância	
	1 – usa os braços ou movimento não harmonioso	x
	2 – seguro, movimento harmonioso	
Pontuação: <u>  9  </u> / 16		
EQUILÍBRIO DINÂMICO – MARCHA		
<b>Instruções:</b> O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.		
10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)	0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar	
	1 – sem hesitação	x
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio	
	1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio	x
12. ALTURA DO PASSO (pé direito)	0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo	
	1 – o pé direito eleva-se completamente do solo	x
13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio	
	1 – ultrapassa o pé direito em apoio	x
14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)	0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo	
	1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo	x
15. SIMETRIA DO PASSO	0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico	
	1 – comprimento do passo aparentemente simétrico	x
16. CONTINUIDADE DO PASSO	0 – pára ou dá passos descontínuos	
	1 – passos contínuos	x
17. PERCURSO DE 3m	0 – desvia-se da linha marcada	
	1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha	x

<b>(previamente marcado)</b>	2 – sem desvios e sem ajudas	
<b>18. ESTABILIDADE DO TRONCO</b>	0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha	
	1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha	x
	2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha	
<b>19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA</b>	0 – calcanhares muito afastados	
	1 – calcanhares próximos, quase se tocam	x
		<b>Pontuação: _____ 10__ / 12</b>
		<b>Pontuação total: _____ 19__ / 28</b>

ANEXO IV  
ESCALA DE BERG

# Escala de Berg

## DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé \_\_\_\_3\_\_\_\_
2. Ficar em pé sem apoio \_\_\_\_3\_\_\_\_
3. Sentado sem apoio \_\_\_\_4\_\_\_\_
4. Da posição de pé para a posição de sentado \_\_\_\_3\_\_\_\_
5. Transferências \_\_\_\_4\_\_\_\_
6. Ficar em pé com os olhos fechados \_\_\_\_4\_\_\_\_
7. Ficar em pé com os pés juntos \_\_\_\_4\_\_\_\_
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado \_\_\_\_3\_\_\_\_
9. Apanhar um objecto do chão \_\_\_\_4\_\_\_\_
10. Virar-se para olhar para trás \_\_\_\_4\_\_\_\_
11. Dar uma volta de 360 graus \_\_\_\_3\_\_\_\_
12. Colocar os pés alternadamente num degrau \_\_\_\_3\_\_\_\_
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro \_\_\_\_3\_\_\_\_
14. Ficar em pé sobre uma perna \_\_\_\_3\_\_\_\_
- TOTAL \_\_\_\_48\_\_\_\_

0 a 20	Mau equilíbrio
40 a 56	Bom equilíbrio

ANEXO V  
AVALIAÇÃO PARES CRANIANOS

Pares Cranianos		13/10/2015	
M- mantido D- diminuído A - ausente NA- não avaliável			
I – Olfactivo	<b>Fechar os olhos e identificar odores</b> (café, canela)	M	
II – Óptico	<b>Para encerrar um dos olhos, avaliar campo visual</b> (contagem dos dedos a várias distancias)	M	
III – Óculo-motor IV – Patético VI- Motor Ocular Externo	<b>Seguir o dedo do enfermeiro</b> (desenha um H)  <b>Simetria dos movimentos oculares</b>	M	
V – Trigémeo	<b>Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa</b>  <b>Reflexo córneo-palpebral</b>  <b>Encerrar e mover a mandíbula bilateralmente</b>	M	
VII – Facial	<b>Sorrir e franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras</b>  <b>Apagamento do sulco nasogeniano</b>	M	
VIII – Acústico	<b>Acuidade auditiva de olhos fechados</b> (identificar o som esfregar os dedos ou relógio)  <b>Teste de Weber</b> (diapásão vértice craneo)  <b>Equilíbrio estático e dinâmico</b> (sentado com braços ao lado)	M	
IX – Glossofaríngeo	<b>Reconhecer sabores como o doce e salgado</b> (1/3 posterior da língua)	M	
X – Vago	<b>Reflexo do vômito</b>  <b>Alterações do tom de voz ou</b>		



	<b>presença de rouquidão</b>	<b>M</b>	
<b>XI – Espinhal</b>	<b>Força muscular</b> (do esternocleidomastoideu) <b>dos ombros e da cabeça bilateralmente contra resistência</b>	<b>M</b>	
<b>XII – Hipoglosso</b>	<b>Diferentes movimentos da língua</b> (Dta, Esq, propulsão anteroposterior)	<b>M</b>	

ANEXO VI  
RECEITAS PARA DIABÉTICOS

# Receitas para Diabéticos

**Fonte: Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal**

**Elaborado por: Dina Peças**

**Aluna do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem:**

**Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação**

**2015**

## INDICE

### GUARNIÇÕES

MASSA ESPIRAL COM LEGUMES ASSADOS .....	1
ARROZ DE FEIJÃO ESPECIAL .....	2
MASSA ESPECIAL.....	3
PRATO DE CARNE	
LASANHA DE PERÚ E VEGETAIS.....	4
LACINHOS COM FRANGO .....	5
ESPARGUETE COM TAMBORIL .....	6
COELHO DE CALDEIRADA .....	7
PERNA DE PERU ASSADA COM MOLHO DE LARANJA .....	8
COELHO À SALOIA .....	9
PEITO DE PERÚ NO TACHO.....	10
PRATO DE PEIXE	
PESCADA COM COGUMELOS .....	11
CARAP AUS EM ESCABECHE .....	12
PESCADA NO TACHO .....	13
JARDINEIRA DE LULAS.....	14
BACALHAU COZIDO COM TODOS .....	15
BACALHAU ESPITIRUAL.....	16
FILETES DE PESCADA COM LEGUMES E BATATA A MURRO .....	17
DOURADA COM TOMATE E LIMÃO.....	18
SOBREMESAS	
SALADA DE FRUTOS TROPICAIS .....	19
FRUTA COM LIMÃO E CANELA .....	20
AMORAS COM IOGURTE.....	21
LEITE CREME .....	22
MOUSSE DE MANGA .....	23

# **MASSA ESPIRAL COM LEGUMES ASSADOS**

## **Informação nutricional aproximada por pessoa**

Proteínas - 6g Gorduras - 8g H. Carbono - 31,5g Calorias - 222kcal

## **Ingredientes: (6 Pessoas)**

3 ou 4 tomates maduros 1 beringela 2 cebolas 1 courgette 1 pimento vermelho pequeno ( ou ) 4 colheres de sopa de azeite pimenta preta e um pouco de sal 2 ou 3 dentes de alho 3 folhas de manjeriço 200 g de massa em espiral

## **Modo de preparação**

Aqueça o forno a 200 ° C. Entretanto escale os tomates, pele-os, tire-lhes as sementes e corte em fatias. Lave e corte a beringela, as cebolas e a courgette em fatias grossas. Lave, tire as sementes do pimento e corte-o em quadrados ou em tiras. Espalhe os legumes num pirex grande ou num tabuleiro, tempere com pimenta e um pouco de sal, e borrife com 3 colheres de sopa de azeite. Junte um pouco de água no fundo e leve ao forno por cerca de 40 a 50 minutos. Pique o alho, corte as folhas de manjeriço em bocadinhos e misture no restante azeite. Coza a massa e depois escorra. Junte-lhe a mistura do azeite, alho e manjeriço, e mexa. Disponha a massa numa travessa, com os vegetais entretanto já assados, no meio. Sugestão: Pode completar-se o aporte proteico acompanhando com um queijinho fresco magro ou 2 fatias finas de peru assado

# ARROZ DE FEIJÃO ESPECIAL

## Informação nutricional aproximada por pessoa

Proteínas - 8,5g Gorduras - 3g H. Carbono - 30g Calorias - 1805kcal

## Ingredientes: (4 Pessoas)

60g de arroz 200g de feijão-frade e 200g de feijão manteiga 1/2 alho francês ou pimento vermelho coentros frescos 150ml de sumo de tomate 1 colher de sopa de azeite 1 colher de sopa de vinagre 1 colher de chá de mostarda 1 dente de alho pimenta preta Nota: Se usar feijão enlatado não é necessário adicionar sal.

## Modo de preparação

Coza o arroz, enxagúe com água fria, escorra e coloque numa saladeira. Molho de tomate: Coloque numa tigela o sumo de tomate, o azeite, o vinagre, a mostarda, o alho esmagado, os coentros picados e a pimenta preta. Misture bem até ficar homogéneo. Junte o molho de tomate ao arroz e misture. Adicione os feijões e o alho francês ( ou o pimento ) picado e misture bem. Sirva frio. Antes de servir salpique com coentros picados. Sugestão: Esta receita é muito simples, de rápida preparação, e tem um baixo teor de gordura e de calorias. Pode ainda completar-se o aporte proteico acompanhando com um queijinho fresco magro.

# **MASSA ESPECIAL**

## **Informação nutricional aproximada por pessoa**

Proteínas - 25g Gorduras - 12g H. Carbono - 28g Calorias - 313kcal

## **Ingredientes: (4 Pessoas)**

400g de esparguete já cozido 300g de peito de frango 200g de cebola crua 170g de tomate pelado 1 cebola um pouco de pimento vermelho, cortado em tirinhas 1 colher de sopa de azeite 2 dentes de alho e um pouco de salsa Louro, pimenta branca moída e noz moscada 1 ovo cozido picado 4 azeitonas, sem caroço, picadas salsa picada para polvilhar

## **Modo de preparação**

Num tacho e em lume muito brando, deixe apurar a seguinte mistura: o tomate já partido em bocados, a cebola e os alhos picados, os bocados de pimento, salsa, o azeite e um pouco de água. Junte também um pouco de louro, pimenta e nós moscada. Depois de apurado, junte mais água e adicione o frango para cozer, sempre em lume baixinho. Adicione um pouco de sal e rectifique os temperos. Depois de cozido, retire o frango, corte-o em quadrados pequenos e torne a juntar ao molho. De seguida, junte tudo ao esparguete previamente cozido, misture cuidadosamente e disponha numa travessa de ir à mesa. Polvilhe com azeitonas, salsa e o ovo, tudo picado, e está pronto a servir.

# LASANHA DE PERÚ E VEGETAIS

## Informação nutricional aproximada por pessoa

Proteínas - 22g Gorduras - 9g H. Carbono - 36g Calorias - 313kcal

## Ingredientes: (6 Pessoas)

200g de peito de peru 1 berinjela 1 alho francês Ervilhas congeladas (150g)  
Cogumelos laminados (200g) Queijo magro em fios (75g) 9 folhas de lasanha 5 dl de  
leite magro 3 colheres de sopa de azeite 2 colheres de sopa de farinha de trigo  
integral 1 cebola 2 dentes de alho 1 folha de louro Pimenta e sal qb

## Modo de preparação

1. Coloque numa caçarola com 2 colheres de sopa de azeite, o peito de peru cortado em tiras finas, a berinjela, o alho francês e a cebola cortados às rodelas, o alho picado, os cogumelos laminados, as ervilhas, 1 folha de louro e pimenta. Deixe estufar com tampa. 2. Preparação do molho: num tacho com 1 colher de sopa de azeite, junte 2 colheres de farinha de trigo integral, o leite magro, e deixe em lume baixo por alguns minutos mexendo sempre até engrossar. Adicione metade do queijo em fios, pimenta e um pouco de sal. Junte um pouco de água se necessário. 3. Coloque num tabuleiro de forno as folhas de lasanha intercaladas com a mistura do peru, legumes estufados e o molho. Polvilhe com o queijo em fios e leve ao forno já quente (180-200º) aproximadamente 40 minutos, até a massa ficar cozida. Esta receita e fotografia foram gentilmente cedidas pela revista Saúde à Mesa. Edições Plura



# **LACINHOS COM FRANGO**

## **Informação nutricional aproximada por pessoa**

Proteínas - 23g Gorduras - 9g H. Carbono - 30g Calorias - 295kcal

## **Ingredientes: (4 Pessoas)**

2 cebolas, 3 dentes de alho 2 colheres de sopa de azeite 6 tomates maduros 1 folha de louro 3 peitos de frango (100 g cada) Orégãos e manjerição q.b. Sal e pimenta q.b. 150 g de lacinhos 2 dl de água

## **Modo de preparação**

1. Pique a cebola e os alhos e junte o azeite, o tomate e a folha de louro. Deixe estufar por alguns minutos. 2. Junte os peitos do frango cortados aos cubos, os orégãos, o manjerição, o sal e a pimenta e adicione a água. Deixe apurar. 3. Escorra os lacinhos já cozidos. Junte o preparado anterior e decore com orégãos e/ou manjerição.

# ESPARGUETE COM TAMBORIL

## Informação nutricional aproximada por pessoa

Proteínas - 18,7g Gorduras - 9,7g H. Carbono - 35,6g Calorias - 300kcal

Ingredientes: (6 Pessoas)

250g de esparguete 250g de tomate pelado, cortado em pedaços (escorrido e sem sementes) 500g de tamboril 0,5 de azeite 1 cebola 2 dentes de alho 1 ramo de salsa 1 concha de caldo de peixe, preparado com um pouco de cabeça de tamboril, meia cebola, 1 dente de alho, meia cenoura, 1 folha de louro, alguns grãos de pimenta e uma colher de chá de sal.

## Modo de preparação

Num tacho grande, aqueça ligeiramente o azeite para cozer a cebola picada e os dentes de alho inteiros. Quando a cebola estiver cozida, retire os alhos e junte os tomates pelados cortados em pedaços. Deixe cozinhar um pouco e em seguida, acrescente o caldo de peixe. Deixe cozer em lume médio durante mais cerca de dez minutos. Introduza neste molho a salsa picada e o tamboril cortado em pedaços. Deixe cozer mais dez minutos. Rectifique o sal e retire do lume. À parte, coza a massa em bastante água a ferver com pouco sal, mexendo de vez em quando durante a cozedura. Depois de cozida (al dente), escorra-a e deite-a no tacho do molho entretanto já preparado. Misture bem e leve ao lume durante uns minutos para que tome sabor

# COELHO DE CALDEIRADA

## Informação nutricional aproximada por pessoa

Proteínas - 24g Gorduras - 10g H. Carbono - 25g Calorias - 286kcal

## Ingredientes:(4 Pessoas)

1 coelho pequeno 500 g batata 3 dentes de alho 1 tomate 1 cebola 1/2 pimento 2 dl de vinho branco 3 colheres (sopa) de azeite 2 colheres (sopa) de polpa tomate 1 ramo de salsa 1 ramo de carqueja 1 folha louro picante e colorau q.b.

## Modo de preparação

1. Corte o coelho em pedaços pequenos e tempere-o com picante a gosto e colorau.
2. Descasque as batatas, lave-as e escorra-as corte-as às rodelas e tempere-as de igual modo. Corte o pimento às tiras. 3. Lave o tomate, limpe-o e corte-o em pedaços. Corte a cebola e os dentes de alho às rodelas. 4. Num tacho, disponha todos estes elementos em camadas. A última camada deve ser de cebola, salsa, a folha de louro, a carqueja e por fim o azeite. 5. Misture a polpa de tomate com o vinho branco e regue com este preparado os outros ingredientes. Tape o tacho e leve a cozer em lume branco durante cerca de 45 minutos.

# **PERNA DE PERU ASSADA COM MOLHO DE LARANJA**

## **Informação nutricional aproximada por pessoa**

Proteínas - 29g Gorduras - 3g H. Carbono - 0g Calorias - 143kcal

## **Ingredientes:(6 Pessoas)**

1 perna de peru para assar Para o molho: 1dl de vinho branco sumo de laranja  
rodela de laranja

## **Modo de preparação**

Depois de assada a perna do peru utilizando os temperos habituais, dilua os sucos que restaram com um copo de 1dl de vinho branco. Deixe ferver um pouco e adicione o sumo de uma laranja grande, mexendo até ficar homogêneo. Coe para dentro de uma colher de ir à mesa ou sobre a ave assada. Enfeite com rodela de laranja, com a casca recortada como uma roda dentada. A composição do molho é variável conforme a quantidade de gordura utilizada durante a assadura da ave.

# COELHO À SALOIA

## Informação nutricional aproximada por pessoa

Proteínas - 22g Gorduras - 12g H. Carbono - 4g Calorias - 204kcal

## Ingredientes: (4 Pessoas)

1 coelho de 1 kg 3 colheres de sopa de azeite 8 cebolinhas 3 dentes de alho 4 tomates 2,5 dl vinho branco 1 folha louro 1 pé de tomilho fresco ou seco sal e pimenta

## Modo de preparação

Corte o coelho em bocados e aloure ligeiramente (sem deixar queimar) com azeite num tacho com revestimento anti-aderente. Retire o coelho do tacho. Ao azeite que ficou, junte as cebolinhas e os dentes de alho esborrachados. Deixe alourar ligeiramente. Adicione o tomate sem pele e sem sementes, cortado em bocados e o vinho branco. Deixe ferver destapado sobre lume esperto para reduzir o vinho (cerca de 10 minutos). Mexa de vez em quando para evitar que o molho agarre ao fundo do tacho. Junte agora os bocados de coelho, o louro e o tomilho. Tempere com um pouco de sal e pimenta. Tape o recipiente e deixe cozer suavemente cerca de 30 minutos. Acompanhe com batatas cozidas ou esparguete ou fitas de massa cozidas (os hidratos de carbono fornecidos pelas batatas ou esparguete, não estão contabilizados nos cálculos da composição nutricional da receita) Nota: por falta de tomilho use um pouco de alecrim fresco ou seco. Pode ainda usar segurelha.

# PEITO DE PERÚ NO TACHO

## Informação nutricional aproximada por pessoa

Proteínas - 23g Gorduras - 8g H. Carbono - 5g Calorias - 180kcal

## Ingredientes: (4 Pessoas)

1/2 peito de peru (400 g) 2 cenouras Folhas de 1 alho francês (parte verde) 2 cebolas 2 dentes de alho 2 dentes de alho (ou massa de pimentão) 1/2 dl de vinho branco 2 colheres de sopa de azeite, sal e pimenta 1 limão

## Modo de preparação

Raspe as cenouras e corte-as em palitos grossos. Lave as folhas do alho francês e corte em bocados. Pique as cebolas e os alhos. Num tacho fundo espesso, coloque a cebola, os alhos, o alho francês e as cenouras. Por cima, disponha o peito de peru previamente temperado com sal e pimenta moída na altura. Polvilhe-o com o colorau (ou barre com a massa de pimentão). Regue com o vinho branco e o azeite. Tape e deixe estufar sobre lume brando cerca de 50 minutos, tendo o cuidado de o virar frequentemente. Sirva o peito de peru cortado em fatias muito finas e enfeite com metade dos legumes de cozedura. Deite num copo os restantes legumes e bata com a varinha até ficar cremoso. Sirva à parte numa molheira. Acompanhe com massa cozida (fuzili), polvilhada com salsa picada. Nota: O peito de peru pode ser substituído por perna de peru, custa metade do preço/kg. Como a perna pesa mais (cerca de 1,800 kg), peça no talho que a cortem ao meio e reserve a outra metade para outro cozinhado, congelando-a. Antes de cozinhar, retire a pele.

# **PESCADA COM COGUMELOS**

## **Composição Nutricional**

Calorias 267 kcal, Hidratos Carbono 30 g, Proteínas 23 g, Gordura 6 g

## **Ingredientes (4 pessoas)**

4 lombos de pescada (400 g)

200 g de cogumelos frescos laminados

8 batatas pequenas com pele

1 cebola grande

2 tomates maduros

2 dentes de alho

1 c. sopa azeite

1 dl de vinho branco

pimenta, tomilho, sal

## **Preparação**

Coloque as batatas, com pele, a cozer numa panela com água temperada com uma pitada de sal. Descasque os legumes; pique a cebola e os dentes de alho e corte em cubos os tomates. Coloque-os, juntamente com os cogumelos e os lombos de pescada, numa outra panela com o azeite, pimenta e vinho branco. Deixe cozinhar durante cerca de 20 minutos. Polvilhe com tomilho e sirva com as batatas cozidas com pele.

# **CARAP AUS EM ESCABECHE**

## **Informação nutricional aproximada por pessoa**

Proteínas - 20g Gorduras - 6g H. Carbono - 1g Calorias - 140kcal

## **Ingredientes: (4 Pessoas)**

1 kg de carapaus grelhados 2 cebolas 4 dentes de alho 2,5 dl de azeite 3 a 4 colheres (sopa) de vinagre de vinho 1 colher (chá) de pimentão 2 folhas de louro sal

## **Modo de preparação**

Leve ao lume o azeite com os alhos e as cebolas cortadas em rodela. Deixe estrugir. Junte o pimentão e o louro. Tempere de sal. Antes de retirar do lume, deite, com cuidado, o vinagre. Retire logo que a mistura do azeite com o vinagre esteja feita. Deite este molho, ainda quente, sobre os carapaus grelhados. Deixe arrefecer antes de os acondicionar no frigorífico.



# **PESCADA NO TACHO**

## **Informação nutricional aproximada por pessoa**

Proteínas - 25g Gorduras - 13g H. Carbono - 37g Calorias - 365kcal

## **Ingredientes: (4 Pessoas)**

600 gr de pescada 250 g de cebola 750 g de batata 150 g de ervilhas 4 colheres de sopa de azeite 2 dentes de alho, salsa e sal

## **Modo de preparação**

Descasque as batatas e corte-as em rodela grossas; coza durante quinze minutos e escorra; coza as ervilhas. Numa frigideira coloque o azeite e refogue a cebola. Coloque as batatas num tacho, as postas de pescada temperadas com alho e salsa picada, metade da cebola e as ervilhas. Triture o resto da cebola; cubra a pescda e deixe cozinhar tapada em lume brando, durante cerca de 10 minutos. Nota: A receita e a fotografia foram gentilmente cedidas por Revista Cozinha Saudável (Editor: Represse)

# JARDINEIRA DE LULAS

## Informação nutricional aproximada por pessoa

Proteínas - 20,6g Gorduras - 9,1g H. Carbono - 19g Calorias - 241kcal

## Ingredientes:(4 Pessoas)

500g de lulas limpas 500g de tomate maduro 2 batatas pequenas 320g de ervilhas 1 cenoura grande 1 cebola média 2 dentes de alho 2 c. sopa de azeite 1 folha de louro vinho branco q.b. sal e pimenta q.b

## Modo de preparação

– Corte as lulas aos pedaços e descasque os legumes e as batatas. – Corte a cebola às rodelas, pique os dentes de alho e o tomate, e corte a cenoura e as batatas aos cubos. – Coloque o azeite ao lume e adicione a cebola, os dentes de alho, o tomate e o louro, deixando alourar. – Adicione as batatas e a cenoura com o vinho branco, deixando apurar cerca de 5 a 10 minutos. – Adicione as lulas e as ervilhas. Deixe em lume brando durante 20 minutos. – Tempere com sal e pimenta q.b. Sugestão: Polvilhar com coentros. Receita de: Ana Raimundo e Lúcia Narciso Dietistas da APDP

# **BACALHAU COZIDO COM TODOS**

## **Informação nutricional aproximada por pessoa**

Proteínas - 20g Gorduras - 6g H. Carbono - 1g Calorias - 140kcal

## **Ingredientes: (4 Pessoas)**

4 postas de bacalhau 750g de cebolas 1 couve portuguesa (bróculos ou feijão verde)

2 cenouras 2 nabos pequenos 2 ovos alhos azeite, vinagre, salsa, sal e pimenta

## **Modo de preparação**

Demolhe o bacalhau tendo o cuidado de mudar frequentemente a água. Leve o bacalhau a cozer, mantendo o lume brando e o tacho destapado. A água deve apenas borbulhar. Lave e descasque as batatas. Corte-as ao meio e introduza-as num tacho com água fria e sal. Juntamente poderá também cozer os ovos (devem estar á temperatura ambiente para não rebentem), os nabos e as cenouras. As couves, bróculos ou feijão verde, devem ser previamente lavados em água com vinagre. Depois, só deverão entrar no tacho com água a ferver. Para que fiquem bem verdes mantenha o tacho destapado e acrescente algumas gotas de limão. Tenha atenção para que não cozam demasiado. Sirva numa travessa onde colocará no centro o bacalhau e à volta os legumes e os ovos cozidos em gomos. Polvilhe com salsa picada e à parte sirva alhos picados, azeite e vinagre.

# BACALHAU ESPITIRUAL

## Informação nutricional aproximada por pessoa

Proteínas - 24g Gorduras - 17g H. Carbono - 35g Calorias - 389kcal

## Ingredientes: (4 Pessoas)

400gr. de bacalhau demolhado 3 pãozinhos pequenos 2 dentes de alho 1 cebola 1 cenoura grande 3 colheres (sopa) de azeite + azeite para untar 2 chávenas (chá) de molho bechamel pimenta q.b. 1 iogurte natural pão ralado q.b.

## Modo de preparação

1. Coza o bacalhau em água e depois escorra-o, reservando o caldo; limpe-o de pele e espinhas e desfie-o bem. 2. Demolhe os pãozinhos no caldo do bacalhau que reservou e esprema-os. Descasque e pique os dentes de alho. Descasque e rale a cenoura e a cebola ou, se preferir, pique-as finamente. 3. Leve ao lume um tacho com o azeite e, quando quente, junte-lhe a cebola, a cenoura e o alho e mexa até começarem a querer agarrar ao fundo do tacho. 4. Adicione então o bacalhau e o pão bem desfeitos, mexa e deixe refogar durante 5 minutos. Em seguida, misture 1 chávena de molho bechamel, mexa sobre o lume, retire e rectifique os temperos. 5. deite o preparado num recipiente que possa ir ao forno, previamente untado com azeite. 6. À parte, misture o iogurte com o restante molho bechamel e deite sobre o preparado. Polvilhe com pão ralado e leve ao forno aquecido a 170° C até tostar. Silva de imediato acompanhado de uma boa salada fresca. A receita e a fotografia foram gentilmente cedidas pelo “Saúde à mesa”.

## **FILETES DE PESCADA COM LEGUMES E BATATA A MURRO**

### **Informação nutricional aproximada por pessoa**

Proteínas - 20g Gorduras - 14g H. Carbono - 20g Calorias - 290kcal

### **Ingredientes:(4 Pessoas)**

4 filetes de pescada (100g cada) 8 batatas pequenas 2 limões grandes 1 cebola grande 4 dentes de alho 1 courgete 3 cenouras ½ pimento vermelho ½ pimento verde 5 colheres de sopa de azeite sal e pimenta q.b.

### **Modo de preparação**

Temperar os filetes com sal, pimenta e o sumo dos limões. Deixar marinar. Picar a cebola e cortar os legumes em cubos. Saltear em 3 c. sopa de azeite, temperar com sal e pimenta e deixar cozer em 2 dl de água. Picar os dentes de alho e deixar alourar em 2 c. sopa de azeite com os filetes. Juntar a marinada e deixar cozer. Acompanhamento: Lavar as batatas com pele e picar em toda a superfície com um garfo. Levar ao microondas durante cerca de 15-20 min (dependendo da potência). Quando estiverem cozidas, envolver as batatas num pano e dar um murro em cada uma. Receitas de: Ana Raimundo e Lúcia Narciso, Dietistas da APDP

# **DOURADA COM TOMATE E LIMÃO**

## **Informação nutricional aproximada por pessoa**

Proteínas - 18g Gorduras - 19g H. Carbono - 1g Calorias - 241kcal

## **Ingredientes: (4 Pessoas)**

4 douradas pequenas 2 tomates maduros 2 limões 4 colheres (sopa) de azeite 1 colher (café) de sal 1 ramo de alecrim Pimenta q. b. Folhas de papel vegetal ou de alumínio (Acompanhamento: por cada batata do tamanho do ovo, deve acrescentar-se 12g de H. de Carbono e 56 calorias)

## **Modo de preparação**

Aqueça o forno a 200oC. Tempere as douradas com sal e pimenta e faça-lhes uns golpes no dorso. Corte os limões às rodela. Lave e desfaça o tomate em pedaços. Coloque cada dourada sobre uma folha de papel, junte-lhe um raminho de alecrim, rodela de limão, pedaços de tomate e regue com uma colher de azeite. Feche cada folha de papel cuidadosamente e leve ao forno durante 20 minutos. Sirva as douradas bem quentes acompanhadas de feijão-verde cozido. Interesse nutricional: rica em proteínas e selénio Nota: Acompanhe este prato com batata cozida.

# **SALADA DE FRUTOS TROPICAIS**

## **Informação nutricional aproximada por pessoa**

Proteínas - 3g Gorduras - 0,6g H. Carbono - 13g Calorias - 70kcal

## **Ingredientes: (4 Pessoas)**

260 g de Morangos 2 kiwis pequenos – 190 g meia papaia – 100 g ( já descascada)  
4 colheres de sopa de sumo de laranja 1 iogurte natural / aroma de morango magro  
e sem açúcar – 125 g

## **Modo de preparação**

Descasque e prepare a fruta como de costume. Corte-a em cubos pequenos e misture cuidadosamente o sumo de laranja Reparta esta mistura por quatro tacinhas de servir à mesa e cubra cada uma delas com um pouco de iogurte. Sirva fresca.

# FRUTA COM LIMÃO E CANELA

## Informação nutricional aproximada por pessoa

Proteínas - 3g Gorduras - 0,6g H. Carbono - 13g Calorias - 70kcal

## Ingredientes:(4 Pessoas)

2 maçãs reinetas pequenas 2 peras pequenas sumo de meio limão 3 paus de canela  
Adoçante artificial em pó (1 colher de sobremesa rasa, se necessário) 4 miolos de  
amêndoa (sem pele, ou 2 miolos de noz - facultativo)

## Modo de preparação

Descasque a fruta, corte-a em metades e retire os caroços. Ponha num tacho com um pouco de água (de modo a cobrir metade da fruta), a fruta junto com o sumo de limão e os paus de canela. Tape o tacho e deixe cozer durante o tempo estritamente necessário, até a polpa da fruta ficar mole (pode verificar com a ajuda de um palito ou um garfo). Depois de cozida, disponha a fruta e o caldo num prato de servir. Deixe arrefecer e polvilhe com um pouco de adoçante, se necessário. Sirva fresca. Se pretender pode polvilhar com 4 miolos de amêndoa sem pele moídos ou 2 miolos de noz moídos.



# **AMORAS COM IOGURTE**

## **Informação nutricional aproximada por pessoa**

Proteínas - 14g Gorduras - 6g H. Carbono - 28g Calorias - 220kcal Fibras - 1,4g

## **Ingredientes:(2 Pessoas)**

20 amoras 1 iogurte magro natural ou de aromas sem açúcar

## **Modo de preparação**

Bata o iogurte até ficar mais consistente e espalhe por cima das amoras. Sirva fresco.

# LEITE CREME

## Informação nutricional aproximada por pessoa

Proteínas - 5g Gorduras - 3,4g H. Carbono - 6,7g Calorias - 77kcal

## Ingredientes:(5 Pessoas)

0,5 l de leite magro 3 gemas 1 colher de sopa rasa de farinha maizena 2 colheres de sopa rasas de adoçante artificial (variável conforme o gosto) 2 tiras de casca de limão

## Modo de preparação

Leve ao lume o leite com as cascas de limão até ferver. Deixe arrefecer um pouco e junte-lhe a farinha e o adoçante. Leve novamente ao lume, mexendo sempre até engrossar. Retire do lume e junte as gemas bem batidas, previamente misturadas com um pouco de leite frio. Leve novamente a lume muito fraco para engrossar um pouco, mas sem deixar levantar fervura. Depois de frio, leve ao frigorífico e sirva fresco. Pode polvilhar-se com canela.

# **MOUSSE DE MANGA**

## **Informação nutricional aproximada por pessoa**

Proteínas - 2g Gorduras - 0,2g H. Carbono - 9g Calorias - 48kcal

## **Ingredientes:(10 Pessoas)**

500g de polpa de manga fresca mas madura 1/2 limão 2 colheres de sopa de adoçante em pó aprox. 1 saqueta de gelatina em pó sem açúcar e s/ sabor (ou em folha) 3 claras de ovos 300g de morangos maduros (ou 200g de framboesas) 3 pingos de sumo de limão 1/2 colher de sopa de adoçante em pó

## **Modo de preparação**

Reduza a polpa de manga a puré, tendo o cuidado de retirar 3 ou 4 fatias finas para a decoração. Junte o sumo de limão e o adoçante. Dissolva a gelatina, deitando-a sobre 2 colheres de sopa de água quente e mexendo com um garfo até o preparado se apresentar completamente translúcido. Junte ao puré de manga e mexa. Bata as claras em castelo e misture-as cuidadosamente ao preparado anterior. Deite a mousse na taça de serviço e leve ao frigorífico. Escolha e retire 6 morangos (ou framboesas) mais bonitos. Reduza os restantes a puré, junte-lhe os pingos de limão e um pouco de adoçante se necessário. Enfeite a superfície da mousse com as fatias de manga, os morangos reservados e alguns pingos de molho de morango. Sirva o restante à parte numa taça. Nota: Cada folha de gelatina pesa 2 grs; uma saqueta pesa 10grs. Receita retirada do livro "Uma Alimentação saudável - a alimentação na diabetes"

ANEXO VII  
GUIA “DIABETES E ALIMENTAÇÃO”

# DIABETES E ALIMENTAÇÃO

---

Afinal o que  
posso comer?



© Can Stock Photo - csp16593892

Elaborado por: Dina Peças  
Aluna do 6º Curso de Mestrado em  
Enfermagem:  
Área de Especialização Enfermagem de  
Reabilitação

2015

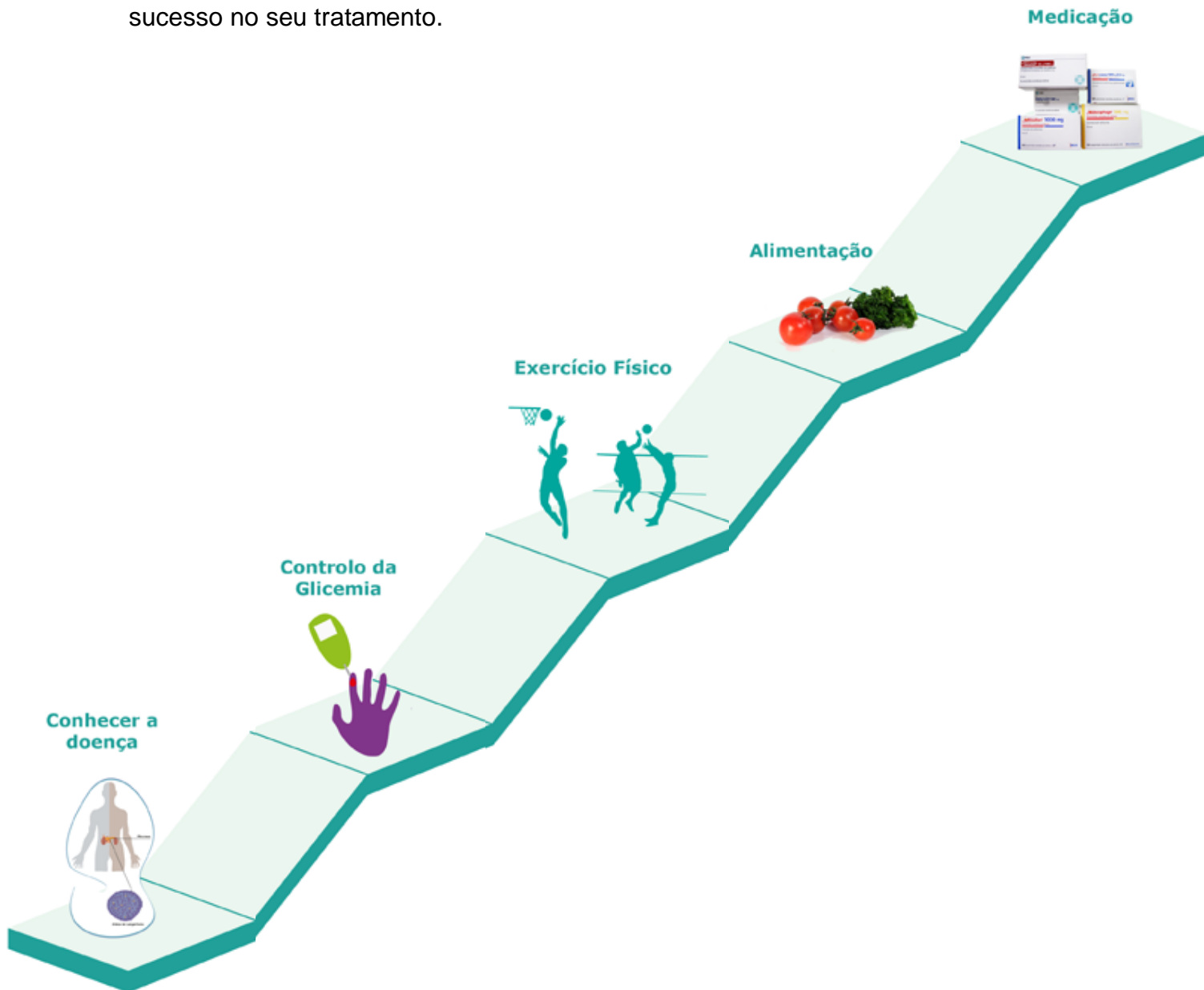
# INDICE

<b>1.CONHECER A DIABETES .....</b>	<b>2</b>
<b>2. ALIMENTAÇÃO .....</b>	<b>3</b>
2.1 A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL .....	3
2.2 EQUIVALÊNCIAS DE HIDRATOS DE CARBONO .....	5
2.3 E NUMA OCASIÃO ESPECIAL? .....	6
2.4 CONSUMO DE AÇÚCAR .....	9
2.5 O AÇÚCAR DOS DOCES .....	9
2.6 O AÇÚCAR.....	11
2.7 ADOÇANTES .....	12
2.8 ADOÇANTES CALÓRICOS.....	12
2.9 ADOÇANTES NÃO CALÓRICOS.....	13
<b>3. TRATAR HIPOGLICEMIA .....</b>	<b>15</b>
3.1 HIPOGLICEMIA .....	15
3.2 COMO TRATAR A HIPOGLICEMIA MODERADA.....	16
3.3 COMO TRATAR A HIPOGLICEMIA GRAVE: .....	17
3.4 PREVENÇÃO DA HIPOGLICEMIA .....	20
3.5 COMA HIPOGLICÉMICO .....	21
3.6 COMA HIPEROSMOLAR .....	21
3.7 CORPOS CETÓNICOS .....	22
3.8 CAUSAS DO APARECIMENTO DE CORPOS CETÓNICOS .....	23
3.9 COMO ATUAR?.....	24
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

# 1.CONHECER A DIABETES

É importante que o diabético conheça bem o seu tipo de Diabetes, só dessa forma pode cumprir e melhorar o tratamento.

A maneira como lida com a sua doença será o principal fator de sucesso no seu tratamento.



## 2. ALIMENTAÇÃO

Uma alimentação saudável e equilibrada faz parte do tratamento das pessoas com diabetes, em conjunto com a atividade física e a medicação (antidiabéticos orais ou insulina).

Os principais objetivos da alimentação de uma pessoa com diabetes são: obter um bom controlo da glicemia, colesterol, triglicéridos, pressão arterial e atingir e manter um peso saudável, de forma a prevenir o aparecimento das complicações da diabetes. Para ajudar a controlar estes fatores de risco, recomenda-se a **redução da ingestão de gordura e sal e o aumento da ingestão de fibra**.

Então quer dizer que apenas são permitidos cozidos e grelhados? Não!

Hoje em dia, a alimentação das pessoas com diabetes não têm que ser restritiva e monótona como há uns anos atrás, muito associada apenas aos cozidos e aos grelhados. Existem muitos métodos de culinária saudável que poderá, ou mesmo, deverá experimentar de forma a variar mais a sua alimentação e obter uma maior riqueza em nutrientes. No entanto, como medida preventiva do aumento excessivo de peso e da doença cardiovascular, os fritos e os pratos com molhos gordurosos deverão ser pouco frequentes.

Para além da culinária saudável, existem outros aspetos que ajudam a pessoa com diabetes a manter os seus níveis de glicemia melhores, como por exemplo saber contabilizar os hidratos de carbono.

A alimentação saudável para uma pessoa com diabetes faz parte do seu tratamento, e na verdade não difere muito da alimentação que qualquer pessoa deve fazer.

A medicação será muito mais eficaz se a pessoa tiver forma de aprender a melhorar os seus hábitos alimentares.

### 2.1 A Alimentação saudável

Uma alimentação saudável e equilibrada deve ser variada e incluir as porções corretas de nutrientes e de vitaminas e hidratos de carbono. A roda dos alimentos indica-nos quantas porções de cada grupo devemos ingerir, no entanto essas



porções devem ter em conta fatores como a constituição física da pessoa e o seu nível de atividade física.

É importante que a ingestão dos alimentos seja fracionada, isto é, que faça pequenas refeições ao longo do dia, o recomendado são entre 5 e 6 refeições diárias.

Inclua alimentos ricos em fibra nas suas refeições, como o pão de mistura ou centeio, as lentilhas, a aveia, as ervilhas e o grão, as fibras são importantes para todos, mas especialmente nas pessoas com Diabetes já que permite diminuir a glicemia após as refeições, reduzir os níveis de colesterol, aumentam a saciedade e auxiliam o bom funcionamento do intestino.

As frutas e legumes devem ser consumidos diariamente. Por vezes existe a ideia, errada, de que as pessoas com Diabetes não podem comer fruta. A fruta faz parte de uma alimentação saudável e equilibrada, desde que ingerida em quantidades adequadas. São alimentos extremamente ricos em vitaminas, minerais, fibras e antioxidantes. De facto a fruta contém açúcar, a frutose é o açúcar da fruta, e por isso é importante que o seu consumo seja equilibrado. Mas este açúcar é saudável, repare que 100g de maçã contém cerca de 14 gramas de açúcar, já 100 gramas de bolo contém cerca de 50 gramas de açúcar.

Mesmo as frutas mais doces como as uvas, a banana ou os figos podem ser ingeridos por pessoas com Diabetes, desde que esse consumo seja em quantidades moderadas.

Aconselham-se 3 a 5 porções de fruta diariamente!

No que diz respeito ao consumo de gorduras também é importante saber que existem gorduras benéficas para a saúde, como as monoinsaturadas que podemos encontrar, por exemplo no azeite, este tipo de gordura ajuda a aumentar o bom colesterol. Também a gordura polinsaturada como os ácidos gordos ómega 3 que existe em peixes como o salmão ou a cavala, é muito benéfica na proteção contra as doenças cardiovasculares.

Por outro lado existem gorduras muito prejudiciais para a saúde, que aumentam o colesterol mau (LDL), favorecem o aumento de peso e aumentam o risco de doenças cardiovasculares, é o caso das gorduras saturadas que encontramos nos bolos refinados, carnes gordas, enchidos entre outros. Numa alimentação saudável, estas gorduras não devem ultrapassar os 7% da energia diária total. As gorduras trans (gorduras formadas por um processo de hidrogenação) devem ser evitadas.

O consumo de álcool não é proibido mas deve ser consumido dentro das recomendações diárias, 1 copo de vinho à refeição.

A água está no centro da roda dos alimentos e esta posição não é por acaso, o consumo de água é extremamente importante. As necessidades de água são variáveis no entanto, em média, todos devemos beber entre 1,5 litros a 2 litros de água diariamente.

## 2.2 Equivalências de Hidratos de Carbono

A distribuição dos alimentos com HC pelas várias refeições do dia, faz parte do tratamento da diabetes, mas saber quais as quantidades adequadas e mantê-las de dia para dia é igualmente importante.

Para otimizar este aspecto o passo seguinte é aprender a substituir os alimentos ricos em HC uns pelos outros, sem alterar o total recomendado, ou seja aprender as equivalências de HC.

Quando as pessoas tomam comprimidos para controlar a diabetes, ou fazem doses fixas de insulina, torna-se importante esta consistência em HC nas refeições e ao longo do dia, para que não haja



oscilações na glicemia.

A quantidade total de HC deve ser sempre aconselhada pelo dietista ou nutricionista para cada pessoa, já que depende de vários fatores, entre os quais, a idade, o peso, o género e o nível de atividade física.

Todos estes alimentos nestas quantidades têm os mesmos HC a que chamamos 1 equivalente ou 1 porção de HC.

1 batata pequena tem os mesmos HC do que 2 colheres de arroz ou massa, ou do que 3 colheres de grão ou feijão, ou do que 6 colheres de ervilhas ou favas.

Isto significa que todos estes alimentos se transformam na mesma quantidade de açúcar tendo o mesmo efeito na subida da glicemia.

Então 2 batatas serão equivalentes ao dobro: a 4 colheres de arroz ou massa, ou a 6 colheres de grão ou feijão ou a 12 colheres de ervilhas ou favas...ou então a 2 colheres de arroz + 3 colheres de feijão...ou a 2 colheres de arroz + 6 colheres de ervilhas.

Observando a tabela a pessoa conclui que pode, por exemplo trocar 2 batatas ou outros alimentos equivalentes a duas batatas por 50 gramas de pão. Ou que pode trocar uma das batatas por 1 peça de fruta.

Uma peça de fruta tem o mesmo total de HC do que uma batata do tamanho de um ovo ou do que as 25 g de pão, só que os HC da fruta, entre os quais a **frutose**, têm uma transformação em açúcar mais rápida, por isso, quando se ingere fruta fora das refeições, deve juntar-se 25 gr de pão ou o equivalente em bolachas.

No caso de a fruta ser ingerida à refeição sem que se queira aumentar o total de HC, deve substituir-se um equivalente em HC, por exemplo, uma das batatas por uma peça de fruta. Deste modo o total de HC da refeição permanecerá igual.

Como o pão varia imenso, podendo ser mais ou menos denso, ter mais ou menos fibras, convém ter a certeza do seu peso, para que as trocas sejam bem feitas.

Um copo de leite ou 1 iogurte magro com 0% gordura e 0% açúcar têm também a mesma equivalência em HC e neste caso estamos a falar da lactose - o açúcar do leite.

Não são necessários mais do que 3 copos de leite ou iogurtes por dia.

## **2.3 E numa ocasião especial?**

Há pessoas que optam por reduzir o convívio com amigos e familiares e até evitar ir a festas, com receio de terem vontade de comer um doce – algo que é normal acontecer numa ocasião especial – e fiquem com as glicemias muito

elevadas. Por outro lado, tentam evitar o constrangimento de terem os familiares a "controlarem" o que a pessoa escolhe provar e de terem quase que justificar todas as opções alimentares que fazem.

A diabetes e os cuidados alimentares que a pessoa deve ter, não devem pôr em causa a vida social da pessoa e a solução para controlar a diabetes não passa de modo nenhum por evitar ocasiões especiais. Há uma estratégia que as pessoas com diabetes podem utilizar, para que possam ingerir um doce num dia festivo sem que a glicemia fique desnivelada. É aliás uma estratégia muito útil, que pode ensinar a todas as pessoas:

Num dia especial pode reduzir-se ou eliminar-se os outros HC de uma refeição para incluir o doce... Assim já a glicemia não sobe tanto como subiria se a pessoa juntasse aos HC do prato, os HC do doce...Claro que o ideal será fazer esta experiência quando se tem um controlo aceitável da diabetes e verificar os resultados medindo a glicemia cerca de 2 horas depois.”

No entanto, não podemos esquecer que os doces são na maioria ricos em gordura e calorias e se isto acontecer muitas vezes o peso vai aumentando – como com qualquer outra pessoa que o faça - o que acaba por contribuir para piorar o controlo da diabetes.

Aprender as equivalências em HC é mais uma ferramenta para ajudar a controlar as glicemias que é, não só útil para as pessoas com diabetes, como também para todas as pessoas que queiram manter um peso ideal e ter uma alimentação equilibrada.



## Equivalências de Hidratos de Carbono

Todas as opções têm a mesma quantidade de hidratos de carbono.  
Pode variar na escolha, respeitando a quantidade de cada porção.

Amidos	Quantidade/ peso correspondente a 1 porção	
 Batata	 1 tamanho de um ovo	70 g
 Batata purê	 3 colheres de sopa	70 g
 Batata doce, sem pele		45 g
 Arroz solto/ Massa cozidos	 2 colheres de sopa	40 g
 Milho em grão, cozido	 2 colheres de sopa	50 g
 Feijão / Grão-de-bico cozidos	 3 colheres de sopa	80 g
 Lentilhas, cozidas	 5 colheres de sopa	75 g
 Fava / Ervilha fresca cozida	 6 colheres de sopa	160 g
 Castanhas	 3 unidades	35 g
 Pão de trigo ou de mistura		1/2 carcaça ou 1/2 fatia
 Pão integral ou de sementes		1/2 ou 1/3
 Bolachas água e sal redondas	 6 unidades	
 Bolachas tipo "Cream Cracker"	 2 unidades	
 Bolachas integrais ou Maria	 3 unidades	
 Tostas	 2 unidades	
 Tostas Mini	 6 unidades	
 Flocos de aveia	 2 colheres de sopa	20 g

Lactíneos	Quantidade/ peso correspondente a 1 porção	
 Leite	 1 copo tipo galão - 250 ml	1 porção
 Iogurte natural sem açúcar	 1 unidade - 125 g	1/2 porção
 Iogurte aromas sem açúcar	 1 unidade - 185 ml	1/2 porção

Sopas	Quantidade/ peso correspondente a 1 porção	
 Sem batata	 2 conchas	
 Com uma batata ou equivalente	 2 conchas	1 porção

	Quantidade/ peso correspondente a 1 porção	
 Amêndoas	 2 pequenas	130 g
 Ananás preparado	 1 rodela	130 g
 Anona		120 g
 Banana/ Diospiro	 metade	100 g
 Cerejas	 10 pares	110 g
 Kiwi	 2 pequenos	140 g
 Laranja/ Pêssego	 1 médio	200 g
 Maçã	 1 pequena	120 g
 Manga preparada	 1 terço	100 g
 Melancia	 1 talhada	400 g
 Melão	 1 talhada	400 g
 Meloas	 metade	480 g
 Morangos	 10 médios	230 g
 Nêsperas	 5/ 6 pequenas	190 g
 Papais	 metade	210 g
 Pêras	 1 média	160 g
 Tangerina	 2 pequenas	190 g
 Uvas	 8 bagos	80 g

## 2.4 Consumo de açúcar

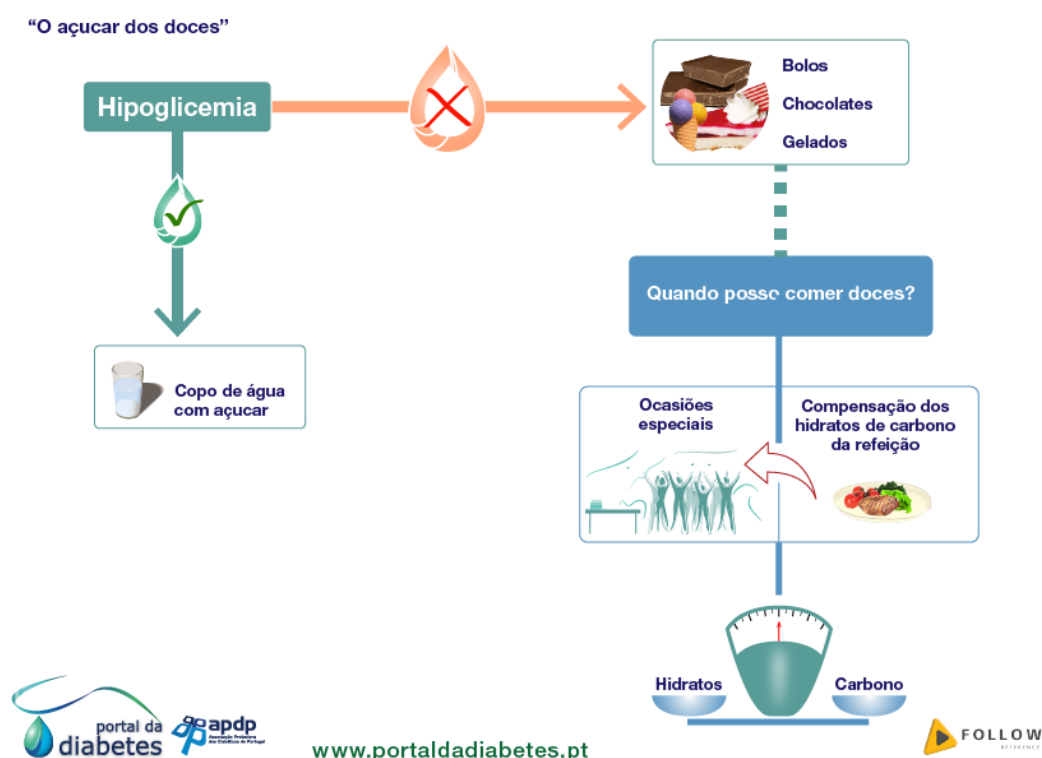
Não é verdade que uma pessoa com Diabetes não pode ingerir açúcar. Por exemplo, numa situação de hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) moderada, o açúcar é sem dúvida o melhor tratamento, porque sendo rapidamente absorvido pelo organismo, permite que a pessoa tenha uma subida imediata da glicemia (nível de açúcar no sangue), e que atinja com a maior brevidade os valores normais.

## 2.5 O Açúcar dos doces

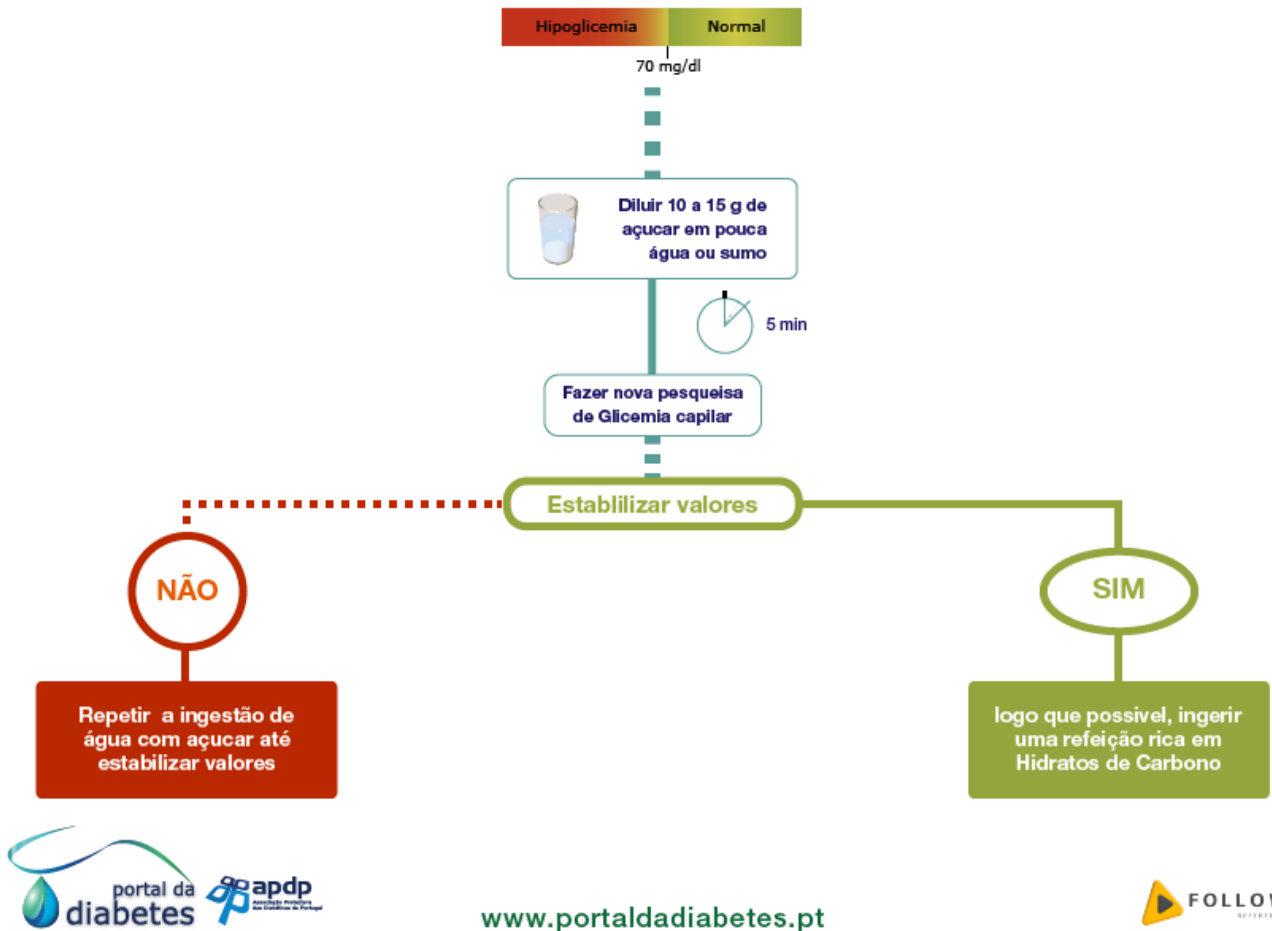
O açúcar presente nos doces não serve para tratar uma hipoglicemia, porque, devido à existência de outros nutrientes - como por exemplo, a gordura - não tem uma absorção rápida, tendo que passar por todo o processo de digestão até chegar ao sangue.

Por este motivo facilmente se conclui que uma pessoa com uma hipoglicemia, não a conseguirá tratar corretamente se ingerir um bolo, um gelado ou um chocolate.

Será melhor reservar estes alimentos para ocasiões especiais, de preferência fazendo a seguinte compensação: reduzir a quantidade dos outros hidratos de carbono (arroz ou batata ou pão) dessa mesma refeição.



### “Como actuar em caso de Hipoglicemia”



Há outras circunstâncias, em que as pessoas podem ingerir os hidratos de carbono “extra” do doce e compensar com a terapêutica, mantendo desta forma as glicemias estáveis. Trata-se de pessoas com diabetes tipo 1 que fazem insulina de ação rápida às refeições. A insulina de ação rápida, como o seu nome indica, atua rapidamente no organismo, permitindo que o açúcar ingerido não se acumule no sangue.

Neste caso a pessoa pode fazer mais insulina a contar com os hidratos de carbono existentes no doce.

No entanto nem todas as pessoas com diabetes tipo 1 administram insulina de ação rápida às refeições e relativamente a quem administra, se este tipo de compensação for feita muitas vezes, acaba por contribuir para um aumento de peso e da gordura corporal, (como acontece com qualquer pessoa que coma doces muitas vezes) que nenhum benefício lhe trará e irá contribuir para um pior controlo da diabetes.



### Compensações de Glicemia com insulina rápida, na diabetes tipo 1 (apenas aplicável a pessoas com diabetes tipo 1 que fazem insulina rápida)



## 2.6 O açúcar

Existem vários tipos de açúcares, são exemplo: a sacarose, a glucose, a dextrose, a frutose, a maltose, a maltodextrina, o xarope de glucose, o xarope de milho, a geleia de milho, o açúcar invertido, o melaço e também o mel.

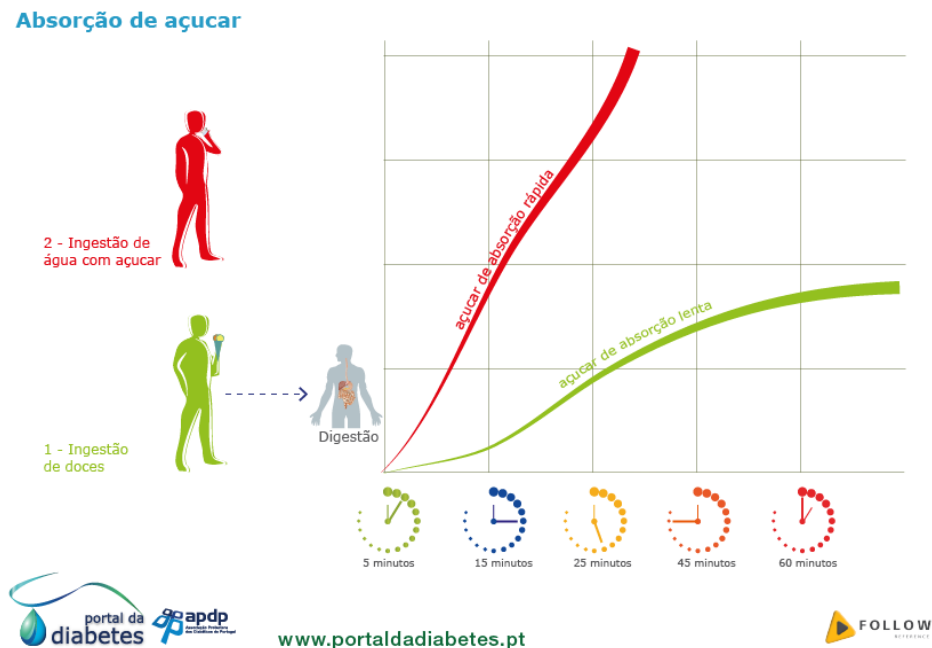
### Tipos de açúcar



Com exceção da **frutose**, a maioria dos açúcares, quando ingeridos isoladamente, são rapidamente absorvidos pelo organismo, provocando um aumento dos níveis de açúcar no sangue (hiperglicemia). Quando são utilizados como ingrediente de algum alimento, como um bolo, por exemplo, o açúcar é absorvido mais lentamente, devido à presença de outros nutrientes que necessitam passar pelo processo de digestão, e por isso não servem para tratar uma



hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue), mas contribuem para aumentar o valor calórico desse produto.



## 2.7 Adoçantes

Os adoçantes não são todos iguais. Existem essencialmente dois tipos de adoçante: os calóricos e os não calóricos.

## 2.8 Adoçantes calóricos

Os polióis são adoçantes com cerca de metade das calorias do açúcar, deste grupo fazem parte o manitol, o xilitol, maltitol, lactitol, o isomalte e o sorbitol. Este tipo de adoçantes pode ser consumido por pessoas com diabetes, mas quando ingeridos em excesso (mais do que 10 gramas por dia, no adulto) podem provocar cólicas intestinais ou até diarreia.

É importante referir que, no caso das crianças ou de pessoas com uma menor constituição física, as quantidades diárias devem ser menores.

**Sabia que a frutose não deve ser utilizada como adoçante?**

A frutose é um exemplo de adoçante calórico, ela existe na fruta mas também pode ser comprada nos supermercados para ser utilizada. Este adoçante contém as mesmas calorias que o açúcar e também aumenta a glicemia, no entanto a sua absorção é mais lenta que a do açúcar. Por outro lado, quando consumida em excesso, pode contribuir para o aumento dos níveis de gordura no sangue, nomeadamente dos triglicerídeos, como também pode aumentar a resistência à insulina.



## 2.9 Adoçantes não calóricos

Este tipo de adoçantes tem mais vantagens do que os adoçantes calóricos, já que não aumentam os níveis de glicemia nem de triglicerídeos (gordura existente no sangue) e ajudam a controlar o peso.

Os adoçantes não calóricos são: a sacarina, o **aspartame**, o acesulfame de potássio, a sucralose, o ciclamato de sódio e o estévia. Estes adoçantes são bons para adoçar alimentos ou bebidas como o chá ou o café, no entanto tenha atenção às quantidades porque estes têm maior poder adoçante que o açúcar.

Por vezes existe a ideia de que a utilização de adoçante é prejudicial para a saúde, no entanto sabe-se que se não for consumido em excesso não há qualquer perigo.

Para garantir que a dosagem ingerida seja sempre bastante inferior aos limites considerados seguros, são utilizados nos produtos alimentares dois ou três destes tipos de adoçante, para que a quantidade de cada um seja reduzida.

É ainda importante referir que o **aspartame** pode perder o poder adoçante quando é aquecido e é contraindicado em pessoas com a doença fenilcetonúria. A fenilcetonúria é uma doença do foro genético que faz com que os alimentos que contenham uma substância chamada fenilalanina provoquem uma intoxicação do sistema nervoso podendo causar danos irreversíveis. O tratamento destas pessoas passa essencialmente por fazer uma dieta 100% isenta de fenilalanina para toda a vida, uma vez que o **aspartame** contém fenilalanina ele não pode ser consumido por portadores desta doença.

Nenhum destes adoçantes é aconselhado a crianças com menos de dois anos, e a sacarina e o ciclamato de sódio são desaconselhados para grávidas e lactantes.

### 3. TRATAR HIPOGLICEMIA

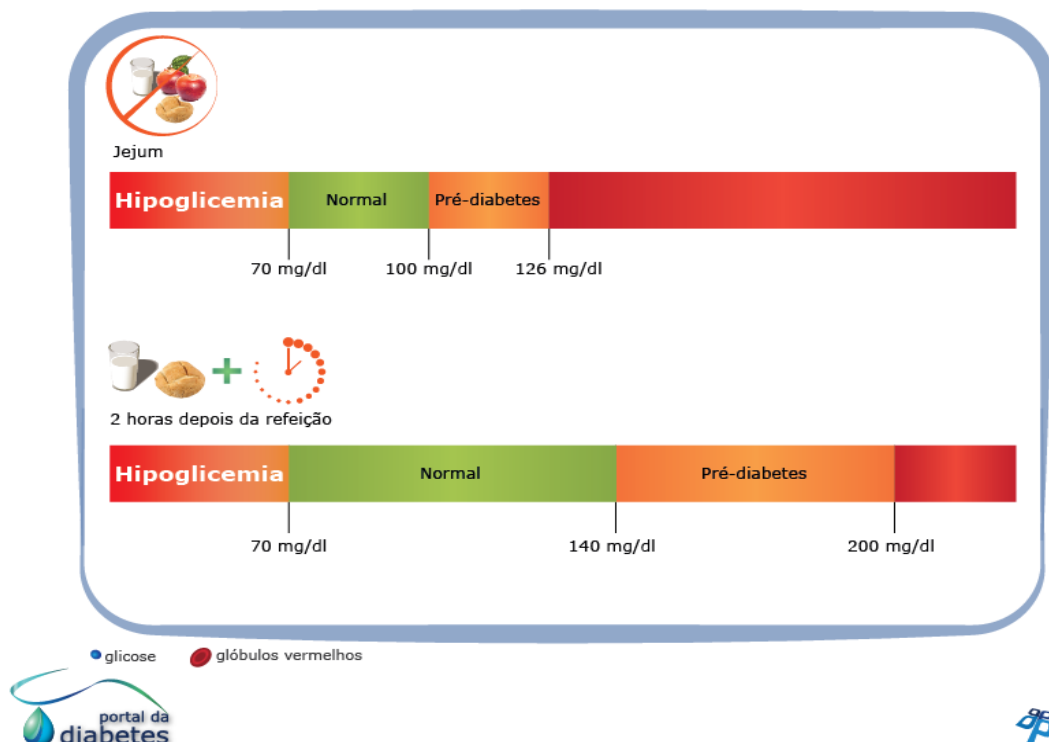
Quanto melhor for o controlo metabólico menor será a probabilidade de ocorrer uma hipoglicemia. Saber tratar uma hipoglicemia é extremamente importante para evitar complicações graves que podem advir, como o coma hipoglicémico.

#### 3.1 Hipoglicemia

A glicose (açúcar) é a principal fonte de energia utilizada pelo nosso corpo, o cérebro, por exemplo, só utiliza glicose como fonte de energia. A hipoglicemia acontece quando os níveis de glicose no sangue descem abaixo dos 70 mg/dl. Os sintomas podem ser mais leves como visão turva, fadiga, dor de cabeça ou mais evidentes como desmaio.

É importante que a pessoa com Diabetes e os seus familiares saibam reconhecer os sintomas e agir em caso de hipoglicemia.

#### Valores de referência



Mas o que provoca a hipoglicemia?

A hipoglicemia pode ser provocada por erros na alimentação, como passar várias horas sem comer ou ingerir quantidades insuficientes de hidratos de carbono; erros na administração de medicação oral ou excesso de insulina; exercício físico não programado e sem suporte alimentar antes e depois e consumo de álcool em excesso e/ou fora das refeições.

#### O que pode causar Hipoglicemia



**Erros na alimentação**  
(saltar refeições)



**Erros na medicação**  
(doses desadequadas de medicação)



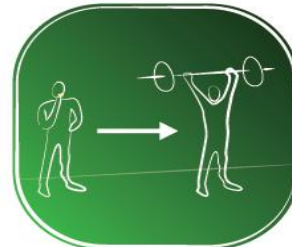
**Exercício físico não programado**



**Não salte refeições**



**Faça a medicação segundo as recomendações médicas**



**Faça uma refeição leve com hidratos de carbono antes do exercício**

Quanto aos sintomas da hipoglicemia, é importante referir que apenas alguns destes podem estar presentes consoante a gravidade da hipoglicemia, podendo variar de pessoa para pessoa.

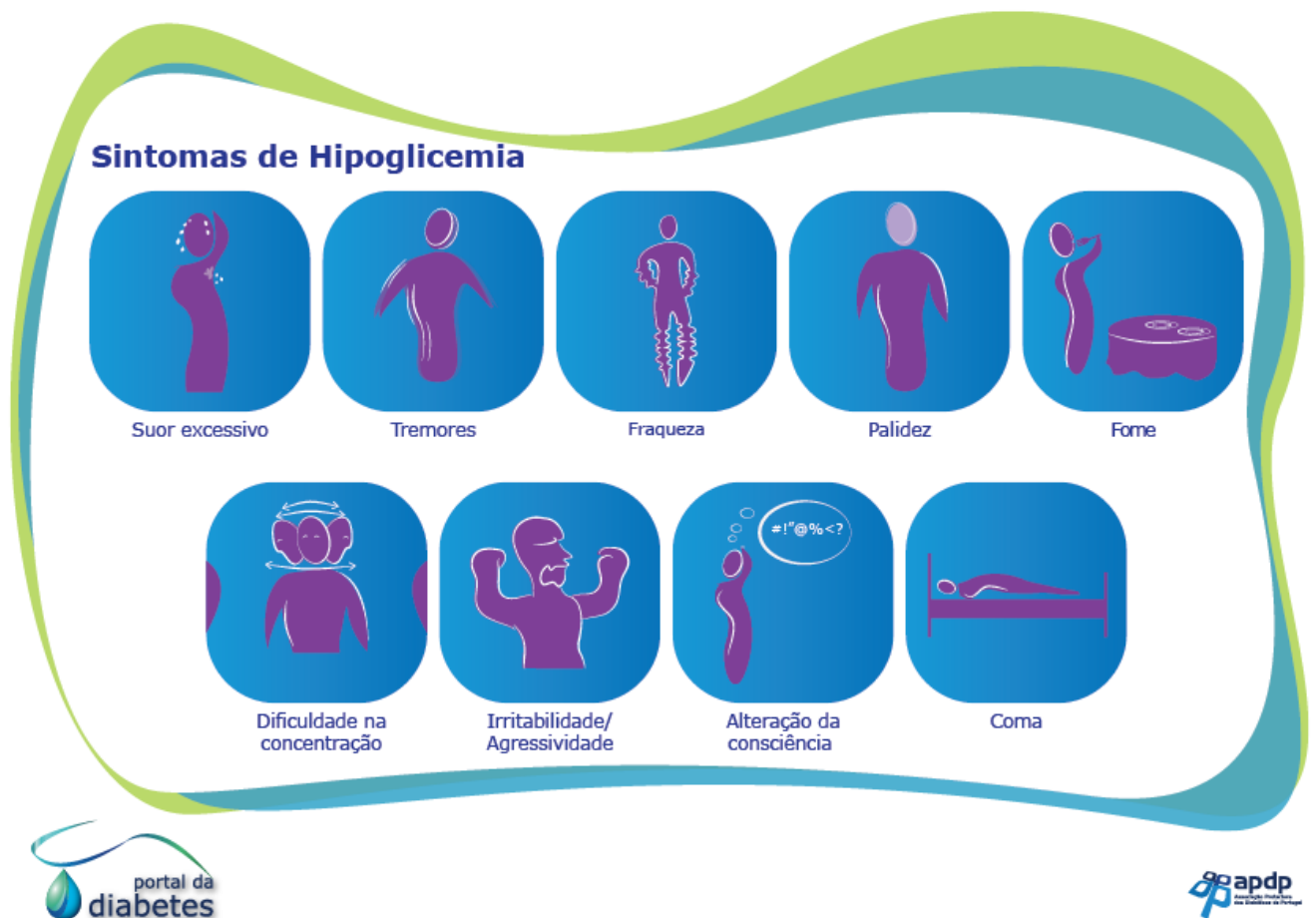
Os sintomas a ter em atenção são o suor excessivo, tremores, fraqueza, palidez, fome, dificuldade na concentração, irritabilidade, agressividade, alteração da consciência, podendo chegar ao coma.

### 3.2 Como tratar a hipoglicemia moderada

Quando surgem sintomas de hipoglicemia a primeira coisa a fazer é uma pesquisa de glicemia. Se tem efetivamente os valores de glicemia abaixo dos 70 mg/dl deve seguir os seguintes passos:

1. Ingerir 10 a 15 gramas de açúcar diluído numa pequena quantidade de água ou sumo.

2. Repetir pesquisa de glicemia 3 a 5 minutos após a ingestão de açúcar.
3. Se os valores ainda não estão dentro dos valores normais deve repetir o primeiro passo até estabilizar a glicemia.
4. Após a estabilização, dentro de 10 a 15 minutos deve fazer uma refeição rica em hidratos de carbono de absorção lenta, como pão, massas, bolachas de água e sal ou tostas.



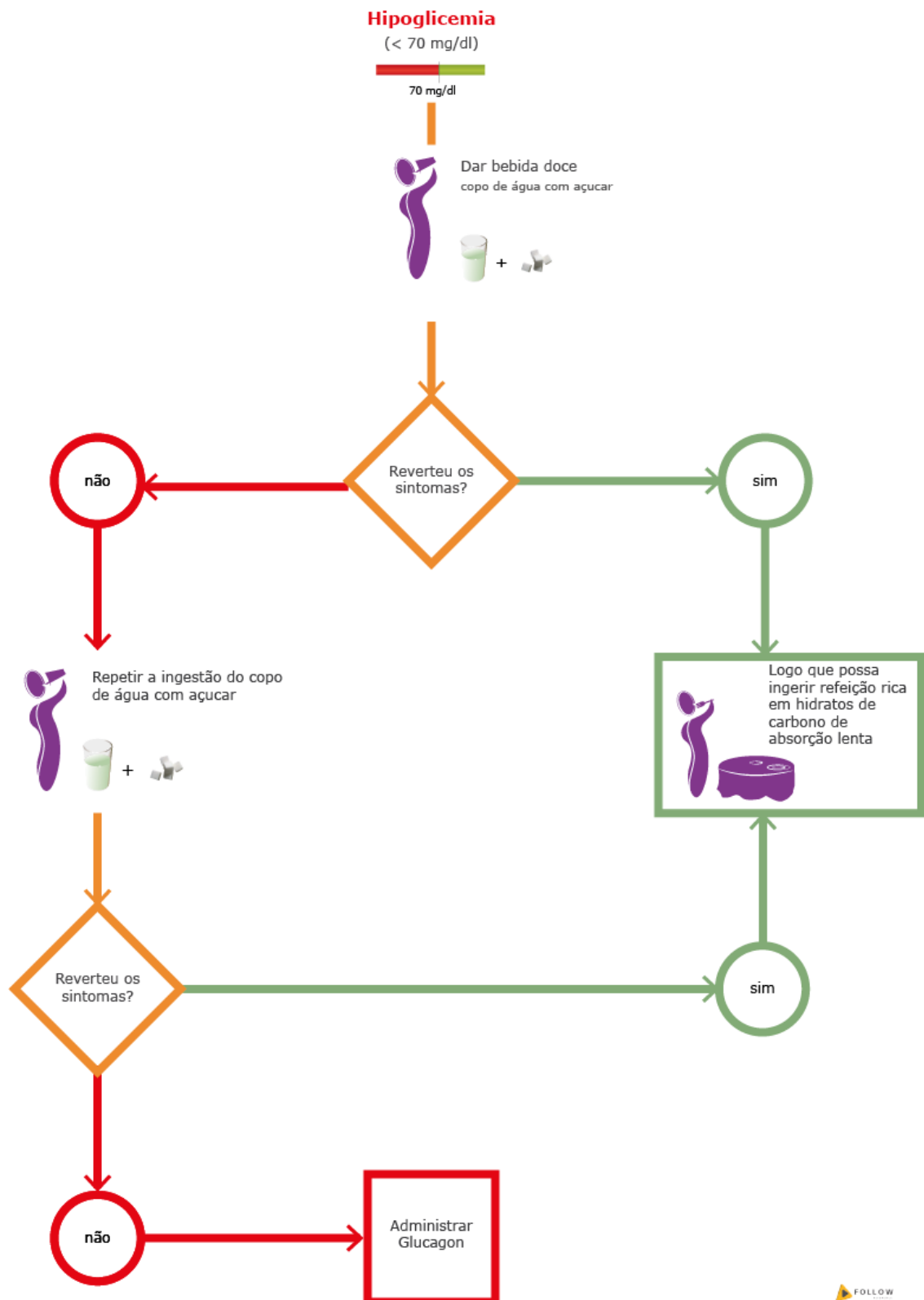
### 3.3 Como tratar a hipoglicemia grave:

Nesta situação se a pessoa está agitada, com alteração do estado de consciência ou mesmo inconsciente, a ajuda tem de vir de terceiros:

1. Deitar o paciente de lado
2. Fazer e colocar no interior da bochecha uma papa de açúcar
3. Administrar glucagon 1 mg por via intramuscular ou sub-cutânea
4. Contactar o INEM (112) e expor de forma clara a situação e a sua gravidade

Uma nota importante: No primeiro passo, a ingestão deve ser realmente de açúcar e não de outro alimento rico em açúcar como um bolo ou um chocolate. Enquanto o açúcar tem uma absorção extremamente rápida, um bolo contém gorduras que têm que ser digeridas e isso atrasa a absorção do açúcar. O recomendado é que tenha sempre 3 a 4 pacotes de açúcar na carteira.

## Como atuar em caso de hipoglicemia?



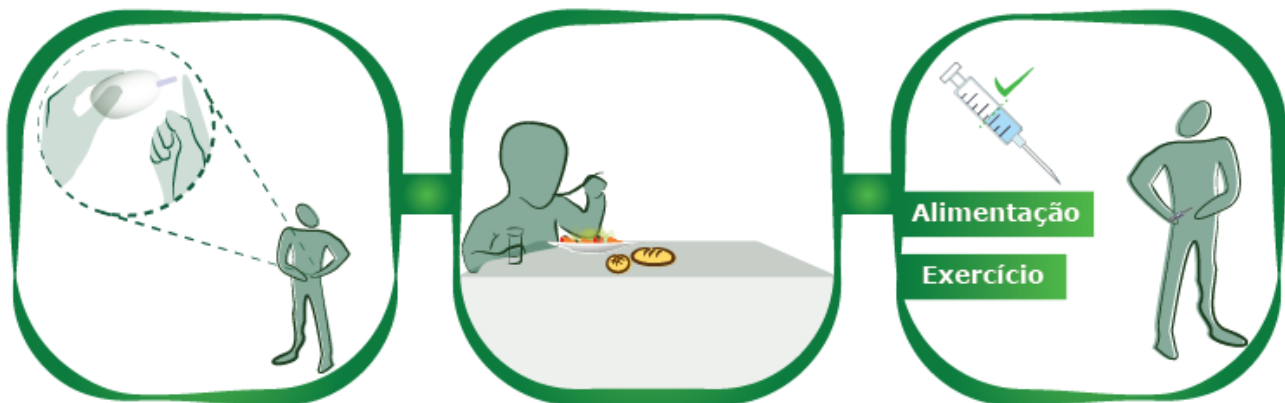


### 3.4 Prevenção da hipoglicemia

Para prevenir a hipoglicemia é importante:

- Fazer uma vigilância das glicemias capilares ao longo do dia
- Ingerir hidratos de carbono ao longo do dia e em todas as refeições
- Ajustar as doses de insulina às necessidades alimentares e ao exercício físico
- Variar os locais de administração de insulina

#### Prevenir a Hipoglicemia:



**Vigiar níveis de Glicemia  
ao longo do dia**

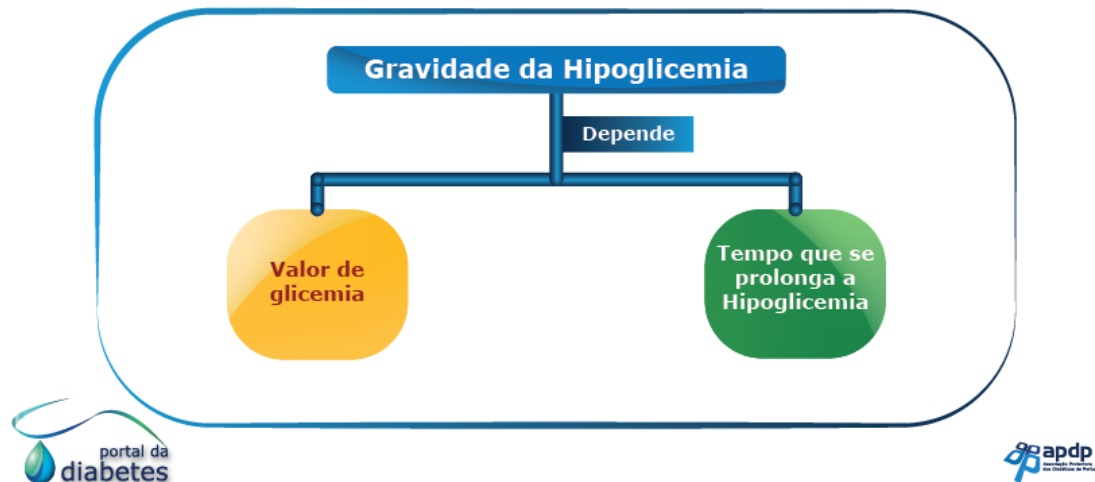
**Ingerir hidratos de  
carbono em todas as  
refeições**

**Ajustar as doses de  
insulina às necessidades**

### 3.5 Coma Hipoglicémico

Os sintomas de hipoglicemia podem ser mais ou menos graves, isso depende quer do nível de glicemia, quer do tempo durante o qual ela é prolongada.

Quando as hipoglicemias são detetadas e tratadas a tempo, por norma elas



são resolvidas sem grandes complicações. O grande perigo reside nas hipoglicemias não tratadas.

Quando o nível de açúcar no sangue desce além dos 70 mg/dl temos uma hipoglicemia, no entanto estes valores podem descer de tal maneira que a pessoa pode perder a consciência e até entrar em coma.

Este quadro é uma Emergência e a pessoa deve ser transportada imediatamente para o Hospital.

Portanto se a pessoa que tem uma hipoglicemia apresentar sinais de perda de consciência deve ligar imediatamente para o 112.

### 3.6 Coma Hiperosmolar

O coma hiperosmolar ou coma hiperglicémico acontece por excesso de açúcar no sangue. É uma situação que exige tratamento hospitalar.

Os sintomas são a desidratação, glicose na urina (glicosúria), aumento da quantidade de urina (poliúria), que pode conduzir a choque hipovolémico, isto é o

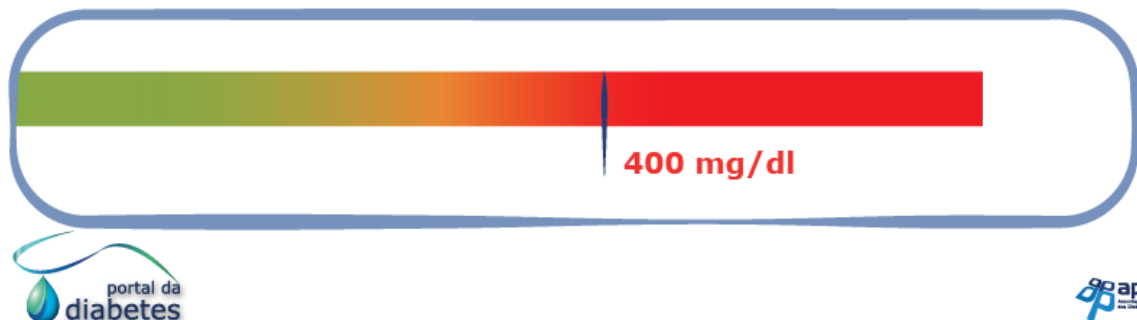
organismo perde uma quantidade excessiva de líquidos.

### Sintomas de coma Hiperosmolar



É considerada hiperglicemia grave valores acima de 400 mg/dl.

### Hiperglicemia grave



## 3.7 Corpos Cetónicos

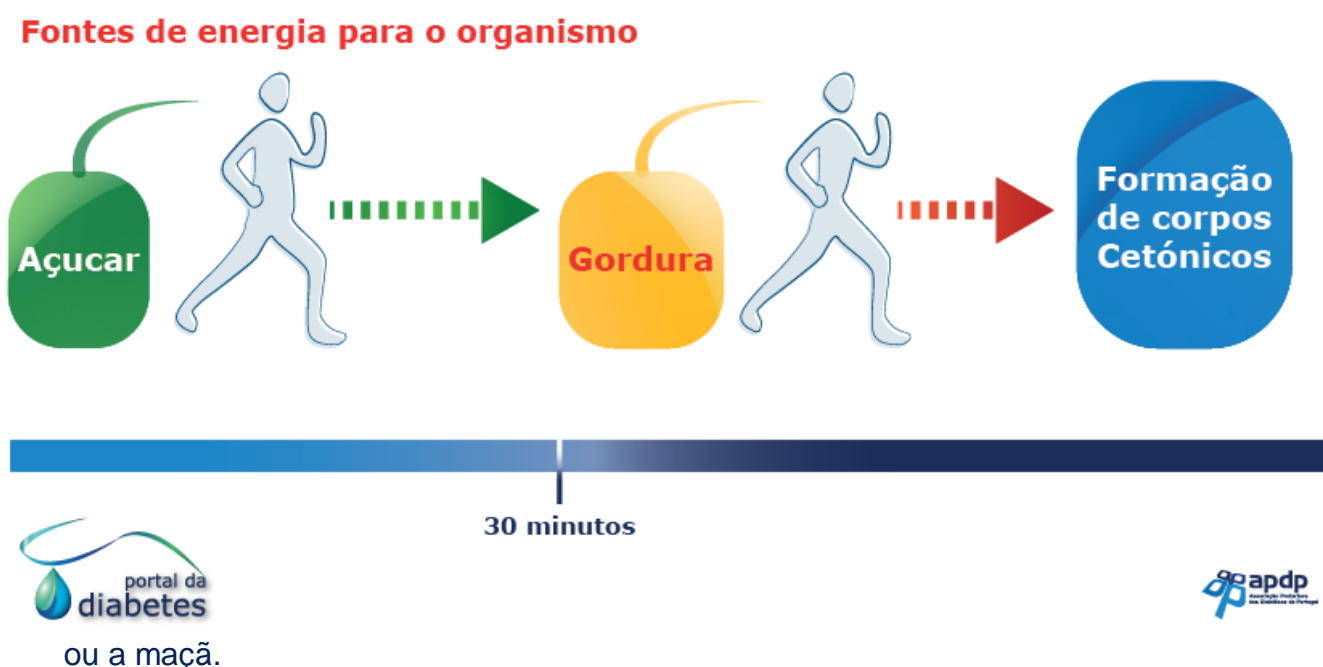
O açúcar é a fonte energética natural do corpo humano. Quando deixa de ser utilizado como fonte de energia, o organismo passa a utilizar as reservas de gordura como alternativa. A presença de corpos cetónicos no organismo resulta desse processo e é um sinal de alarme que obriga a agir e a procurar as causas.

Um dos corpos cetónicos mais conhecidos é a cetona.

Numa situação de carência de insulina, a glicose tem dificuldade em entrar nas células e acumula-se no sangue, elevando-se a sua percentagem a valores acima ou muito acima do normal.

Perante esta situação anormal e de emergência, a célula, na falta de glicose, vai buscar energia às gorduras e depois às proteínas.

É a fase de utilização das reservas do organismo e corresponde, frequentemente, ao período de emagrecimento que observamos nas fases de descompensação da diabetes. Como resultado da utilização das gorduras, aparecem os corpos cetónicos (de que a cetona) faz parte. Os corpos cetónicos são tóxicos para o nosso organismo que, a todo o custo, tenta eliminá-los pelos pulmões e pelos rins exalando as pessoas um cheiro tão **característico a amêndoas amargas**



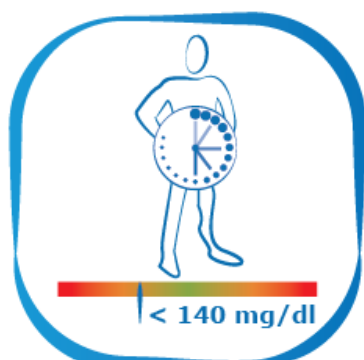
### 3.8 Causas do aparecimento de corpos cetónicos

Os corpos cetónicos podem aparecer num jejum prolongado, com valores de glicemia inferiores a 140 mg/dl.

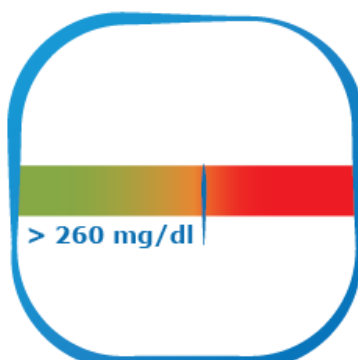
Outra das causas é falta de insulina, em que normalmente a glicemia tem valores superiores a 260 mg/dl.

Podem também aparecer em situações de doença, em que aumentam as necessidades de insulina.

## Causas para o aparecimento dos corpos cetónicos



Jejum prolongado



Falta de insulina



Doenças que aumentam a necessidade de insulina



### 3.9 Como atuar?

Convém ter um aparelho para fazer a pesquisa da presença de corpos cetónicos, caso surja um valor de glicemia inesperadamente elevado. Existem hoje em dia máquinas que fazem pesquisa não só de glicemia, como também de corpos cetónicos utilizando tiras-teste diferentes.

Caso se verifique uma glicemia elevada e a presença de corpos cetónicos, o ideal é entrar rapidamente em contacto com a equipa de saúde, para que seja determinada a causa e para que possa ser corrigida.

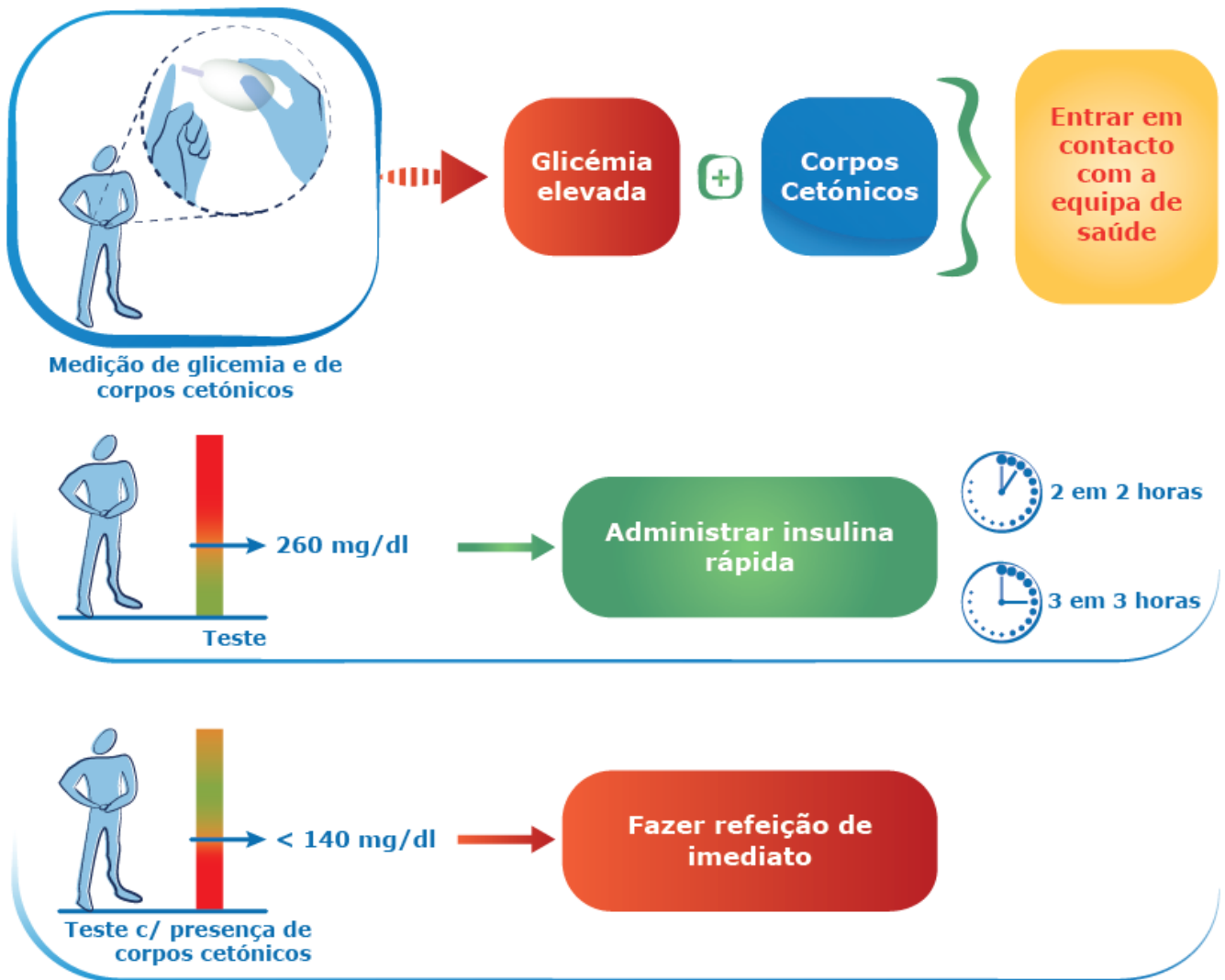
É necessário avaliar a glicemia e os corpos cetónicos de 2 em 2 ou de 3 em 3 horas.

Quando os valores de glicemia forem superiores a 260 mg/dl, deve-se administrar insulina rápida ou ultra rápida de 2 em 2 ou de 3 em 3 horas, enquanto persistir a presença de corpos cetónicos no organismo.

A dose varia em função do esquema habitual, do valor da glicemia, da idade e das características individuais.

No caso de presença de corpos cetónicos com valores de glicemia inferiores a 140 mg/dl, o ideal é fazer uma refeição de imediato, sem administrar insulina rápida suplementar e evitar jejuns prolongados.

### Como atuar na presença de corpos cetónicos



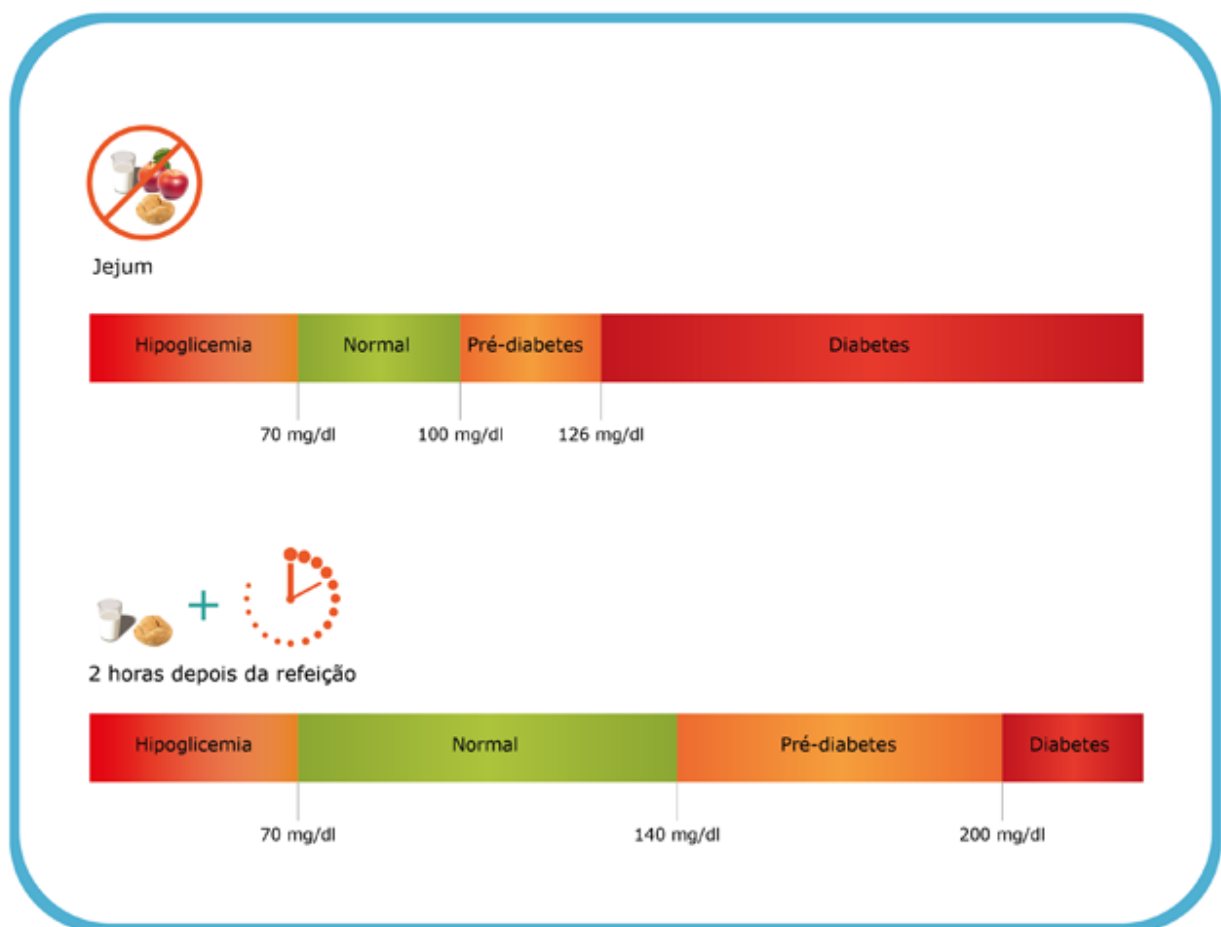
## 4. Hiperglicemia

Dá-se o nome de glicemia à quantidade de glicose no sangue. Ao aumento excessivo da glicemia, chama-se Hiperglicemia.

A diabetes é uma doença que se caracteriza pela hiperglicemia que se deve em alguns casos, à insuficiente produção de insulina pelo organismo, noutros casos à insuficiente ação da insulina e frequentemente, à combinação destes dois factores.

As pessoas sem diabetes devem ter uma glicemia entre 80 e 110 mg/dl antes das refeições e entre 110 e 140 mg/dl depois das refeições.

### Valores de Glicemia



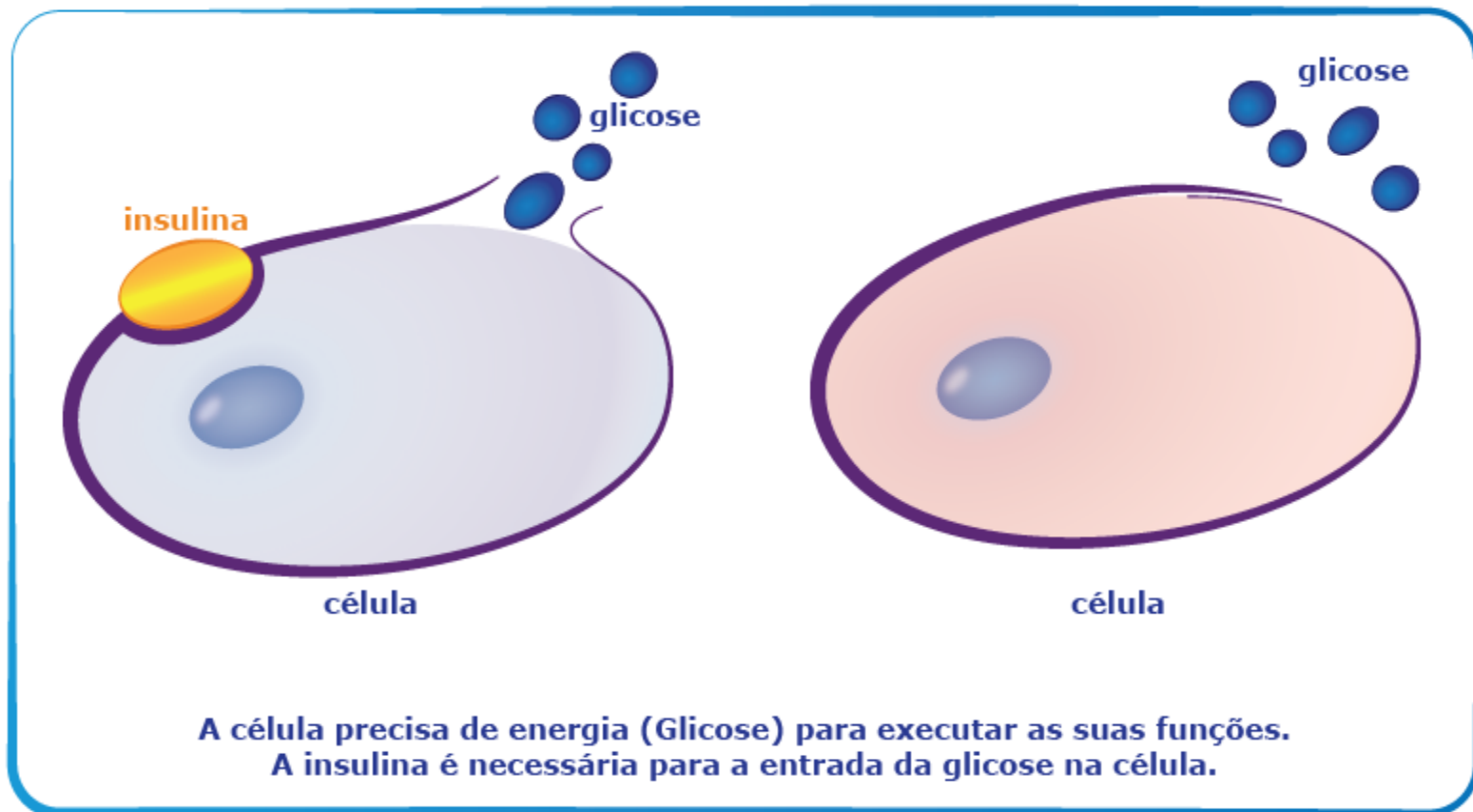
Follow  
REFERENCE

Uma pessoa com diabetes deve tentar aproximar-se o mais possível destes valores ou atingir os objetivos indicados pela equipa de saúde, que são variáveis e individualizáveis, consoante a idade da pessoa e os anos de evolução da diabetes.

A insulina é uma hormona que faz naturalmente parte do organismo, e que serve essencialmente para fazer com que o açúcar existente no sangue – que é a nossa fonte energética principal – seja bem aproveitado, para nos dar energia.

Quando isto não acontece, as pessoas sentem-se com falta de forças e ficam com hiperglicemia.

## Ação da insulina no organismo



Quando a glicemia está muito elevada, podem existir sintomas com:

- Urinar em grande quantidade e mais vezes
- Ter sede constante e intensa
- Sensação de boca seca



- Fome constante e difícil de saciar
- Cansaço
- Comichão no corpo (sobretudo ao nível dos órgãos genitais)
- Visão turva

Um passo importante para ajudar a estabilizar os valores de glicemia na diabetes e que depende exclusivamente de cada pessoa, é a aquisição de hábitos de vida saudáveis, o que implica seguir um plano alimentar saudável e ajustado às necessidades de cada um e a prática de atividade física, (como por exemplo, andar a pé no dia-a-dia.)

## Sintomas de Hiperglicemia



Urinar com muita frequência (Poliúria)



Sede constante e intensa (Polidipsia)



Sensação de boca seca (Xerostomia)



Fome constante e difícil de saciar



Cansaço



Comichão no corpo (sobretudo ao nível dos órgãos genitais)



Visão turva

Se mesmo tendo estes cuidados, e fazendo a restante terapêutica aconselhada, a hiperglicemia se mantiver é aconselhável falar com a equipa de saúde que o acompanha, pois pode ser necessário ajustar o seu tratamento.

Há hiperglicemias ocasionais, que podem ser provocadas por:

- Uma ingestão excessiva em hidratos de carbono nas refeições anteriores
- Uma situação de stress
- Alterações na acção da medicação como sejam alterações na absorção intestinal dos medicamentos ou problemas técnicos na administração de insulina
- Períodos de doença aguda como sejam infecções urinárias, respiratórias, intestinais...
- Outros

### Hiperglicémias pontuais provocadas por:



Ingestão excessiva em hidratos de carbono



Situações de stress



Alterações na ação da medicação



Períodos de doença aguda

Qualquer que seja a causa da hiperglicemia existe uma atitude básica e geral que pode ser feita pelo próprio indivíduo - aumentar a ingestão de água durante esse período de descompensação.

Para detectar esta situação e para que a pessoa possa estar a par do que se passa no seu organismo, convém fazer o autocontrolo sugerido pela equipa de saúde.

## REFERÊNCIAS

Associação Portuguesa de Diabéticos de Portugal   acedido em 29/10/2015  
<http://www.apdp.pt>

## Apêndice V – Plano de Cuidados 1

**6º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**  
**Unidade Curricular: Opção II – Estágio**

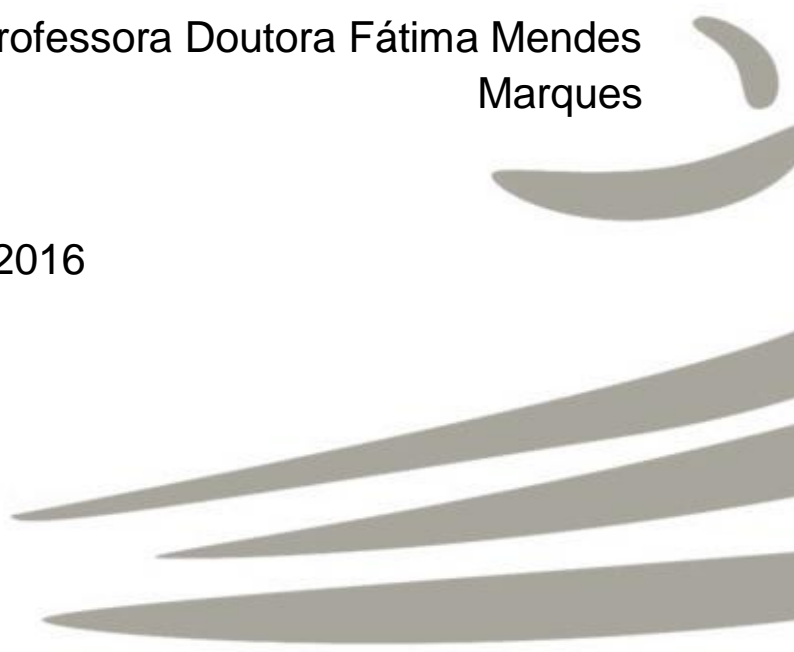
**Plano de Cuidados – Medicina**



Elaborado por: Dina Peças (nº 6094)

Professora Orientadora: Professora Doutora Fátima Mendes  
Marques

2016



# INDICE

<b>SIGLAS .....</b>	<b>3</b>
<b>1. DESCRIÇÃO CLÍNICA.....</b>	<b>4</b>
1.1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE .....	4
1.2. ANTECEDENTES ANTERIORES.....	4
1.3. ADMISSÃO NA MEDICINA .....	5
1.4. ÍNDICE DE BARTHEL .....	5
1.5. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE LOWER.....	6
1.6. AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE .....	6
1.7. AVALIAÇÃO PARES CRANIANOS.....	6
1.8. AVALIAÇÃO ÍNDICE DE TINETTI (VERSÃO PORTUGUESA).....	6
<b>2. PLANO DE CUIDADOS.....</b>	<b>8</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>20</b>
ANEXO I – ESCALA DE BERG .....	21
ANEXO II – ÍNDICE DE BARTHEL .....	23
ANEXO III – ESCALA DE LOWER .....	25
ANEXO IV – AVALIAÇÃO PARES CRANIANOS .....	27
ANEXO V – APLICAÇÃO DA ESCALA DE TINETTI.....	30
ANEXO VI – SISTEMA DE COMUNICAÇÃO POR IMAGEM E EXERCÍCIOS DE CORDENAÇÃO MOTORA.....	33
ANEXO VI – EXERCÍCIOS DE REEDUCAÇÃO DOS MÚSCULOS DA FACE.....	36

## **SIGLAS**

AVD's – Atividades de Vida Diárias

AIVD's – Atividades Instrumentárias de Vida Diárias

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

# 1. DESCRIÇÃO CLÍNICA

## 1.1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

**Data de admissão:** 30/11/2015

**Data de avaliação:** 30/11/2015

**Nome:** J.A.M.B.

**Data de nascimento:** 14/07/1941

**Estado civil:** Casado

**Habilitações Literárias/Profissão:** 9º Ano/ Serralheiro mecânico na industria naval.

**Habitação:** Moradia própria com 4 assoalhadas na zona de Almada Velha.

**Agregado Familiar:** reside com a esposa com 72 A de idade com visitas frequentes do filho também residente em Almada.

## 1.2. ANTECEDENTES ANTERIORES

**Atividades de vida diária:** Autónimo nas AVD's. De manhã tinha o hábito de comprar o jornal e ir com a esposa ao café, durante a tarde lia o jornal e passeava pelo jardim de casa.

**Antecedentes pessoais:** Neoplasia cólon sigmóide operado em Abril 2013 com metástases hepáticas, pulmonar e ganglionar sob quimioterapia paliativa (fez 12 ciclos com Folfiri e cetuximab – ultimo ciclo a 11/08/2015); Neoplasia da próstata; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus tipo II; Portador de Pacemaker desde 2009; Status pós cirurgia a basalioma no nariz em 2008; Status pós cirurgia a cataratas ao olho esquerdo em 2014.

**Hábitos/ Comportamentos Aditivos:** Ex – fumador desde há 5 A

## Terapêutica de ambulatório

Medicamento	Horário				
	Jejum	Peq. Alm	Almoço	Jantar	Ceia
Nifedipina 30 mg CR		1			
Ibuprofeno + hidroclorotiazida 300/12,5		1			
Clopidogrel 75 mg			1		
Rilmenidina		1			
Bicalutamida		1			
Zomarist 500/1000			1	1	



**Nota Geral:** A 26/11/20015, a pessoa recorreu ao serviço de urgência por iniciar de forma súbita e sem fator desencadeante, quadro de alteração de articulação verbal e diminuição da força muscular no hemicorpo direito. Foi activada a via Verde AVC pela equipa de enfermagem da triagem. Faz exames complementares de diagnóstico: ECG, TC CE e fica com diagnóstico de AVC isquémico ACM esquerda.

### 1.3. ADMISSÃO NA MEDICINA

**Data de admissão:** 30/11/2015

Pessoa consciente, orientada auto e alopsiquicamente. Cumpre ordens simples. Apresenta disartria. Pupilas iso/iso e reativas. Apresenta apagamento do sulco nasogeniano direito com desvio da comissura para a esquerda. Apresenta força segmentar grau IV/V no MSD com diminuição da sensibilidade álgica nas extremidades distais dos dedos mão direita. Sem dismetria na prova dedo nariz. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico, mantidos (aplicada escala de Berg) Anexo I. Feita avaliação do teste de Deglutição para pastosos, líquidos e sólidos em que apresenta alteração para líquidos, através da aplicação de documento existente no serviço.

**Parâmetros Vitais:** TA: 143/87 mmHg; FC: 70 bpm; FR: 22 C/min, SPO2: 99%

Glicemia Capilar: 113 mg/dl (em jejum), Peso: 75 kg, Dor: 0

**Percepção da situação pela pessoa:** A pessoa expressou tristeza pela alteração da fala e pela dificuldade que tem em se fazer entender. Demonstra ansiedade relacionada com a sua recuperação, nomeadamente com o período de tempo e incapacidade associados.

**Percepção da situação pela Família:** O filho reside próximo da casa dos pais e tem possibilidade de o acompanhar durante o internamento. A esposa e filho estão a par da sua situação clínica e tem intenção de adquirir produtos de apoio para auxiliar nos cuidados de Higiene.

### 1.4. INDICE DE BARTHEL

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do doente para a realização de dez atividades básicas de vida diária; comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. O Sr. J.B. foi avaliado com a soma do **índice 80** representando assim um grau de dependência Leve. (Anexo II)

**Resultado Grau de dependência**

< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independente

### 1.5. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE LOWER

A Escala de avaliação da força muscular de Lower baseia-se na avaliação da força muscular, a partir da palpação da unidade músculo-tendinosa durante o movimento, verificação da amplitude de movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, avaliada de 0 a 5 num valor total de 5 (Anexo III).

### 1.6. AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE

A sensibilidade deve ser explorada de forma objectiva, podendo ser determinada pela aplicação de várias técnicas. A sensibilidade foi avaliada em todos os segmentos corporais, do distal para o proximal, bilateralmente e com os olhos fechados. Na sensibilidade superficial foi avaliada a sensibilidade tátil com recurso a uma compressa, a sensibilidade térmica com recurso a um copo de vidro com água fria e água quente e ainda a sensibilidade dolorosa com recurso a uma espátula de madeira partida. Verificou-se que a pessoa apresentou hipoestesia tátil e térmica e hipoalgesia da mão direita e nos restantes segmentos mantida. Foi ainda avaliada a sensibilidade profunda através do sentido de pressão e sensibilidade postural tendo sido constatado a ausência de alteração.

### 1.7. AVALIAÇÃO PARES CRANIANOS

A avaliação neurológica dos pares cranianos é feita de forma sistematizada através de técnicas específicas que permitem a deteção de alterações do foro neurológico (Anexo IV).

### 1.8. AVALIAÇÃO ÍNDICE DE TINETTI (VERSÃO PORTUGUESA)

A escala de Tinetti é uma escala de equilíbrio e mobilidade desenvolvida para definir o equilíbrio e a marcha, o Índice de Tinetti deteta alterações na locomoção, diagnostica e quantifica a gravidade do comprometimento e prediz o risco de quedas (Anexo V). A pessoa não utilizou nenhum produto de apoio para execução do teste.

0 - 18 pontos	elevado risco de queda ( equilíbrio reduzido)
19 - 23 pontos	moderado de queda (equilíbrio moderado)
24 - 28 pontos	baixo risco de queda (equilíbrio mantido)

Fonte: Ribeiro, (2009)

Na abordagem efetuada pelo EEER existe uma preocupação para minimizar as limitações impostas pela doença, maximizando a capacidade funcional, promovendo uma melhor qualidade de vida e prevenindo complicações.

As metas a longo prazo de um programa de reabilitação são: minimizar a sintomatologia detetada, melhorar ou manter a capacidade para autocuidado e atividades de vida diária bem como, impedir ou adiar o desenvolvimento de complicações secundárias na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O processo de enfermagem constitui-se assim, como elemento fundamental que orienta a prática dos cuidados de enfermagem à pessoa/família, de forma a assisti-lo no desempenho de atividades que contribuam para promover, proteger e recuperar a saúde, estabelecendo a relação terapêutica.

Foram estabelecidos diagnósticos de enfermagem pela CIPE Beta 2 (2011) adaptando a elaboração dos mesmos à concepção teórica de Dorothea Orem.

## 2. PLANO DE CUIDADOS

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
30/11/2015	Comunicação comprometida relacionada com paresia facial por AVC isquémico manifestado por dificuldade em articular as palavras	Comunicação melhorada com articulação de palavras monossilábicas e dissilábicas ao fim de 5 dias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guiar/ Orientar</li> <li>-Ensinar</li> </ul>	<p><b>Sistema parcialmente compensatório e Apoio - Educação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para comunicar nomeando imagens disponibilizadas (sistemas de comunicação por imagem)</li> <li>- Fornecer sistemas de comunicação por imagem</li> <li>- Executar exercícios (de 10 x em 2 sessões) de mimica facial (assobiar, sorrir, emitir sons [aaaaa, pa pa pa, ta ta ta, ca ca ca]; cerrar os olhos, abrir os olhos)</li> <li>- Providenciar material educativo (folhas de exercícios de coordenação motora)</li> <li>- Optimizar comunicação (falar pausadamente, com frases simples, expressando uma ideia de cada vez).</li> <li>- Gerir a comunicação, apoiando</li> </ul>	<p>30/11/2015 Durante a avaliação da capacidade de comunicação a pessoa compreendeu a comunicação verbal e não verbal mas não conseguiu comunicar eficazmente e ficou muito nervoso ao perceber que não conseguia articular palavras. Foi-lhe explicado para verbalizar palavras simples como sim e não uma vez que estas podiam ser acompanhadas por gestos.</p> <p>02/12/2015 03/12/2015 Foram entregues folhas com imagens, letras e objetos para nomear e repetir (anexo VI) Participou no treino do discurso, procurando repetir palavras que lhe eram ditas. Apresentou dificuldade na articulação das palavras de dicção mais complexa.</p> <p>Não foi possível concluir a avaliação porque a pessoa teve alta num dia não coincidente com dia de estágio. Alta a 04/012/2015</p>

				<p>todas as tentativas de comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gerir ambiente físico (diminuir focos de distração)</li><li>-Promover a comunicação [expressiva]</li><li>-Elogiar resultados obtidos.</li></ul>	
--	--	--	--	---	--

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
30/11/2015	Défice Sensorial na mão direita relacionado com força muscular diminuída manifestado por hipoestesia tátil, térmica, hipoalgesia e força muscular 4/5 nos dedos com dificuldade na apreensão de objetos	Défice Sensorial melhorado com recuperação da força muscular (grau 5/5) e apreensão de objetos ao fim de 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter ambiente</li> <li>- Agir/Fazer</li> <li>- Guiar/ Orientar</li> <li>- Ensinar</li> <li>-Apoio físico e psicológico</li> </ul>	<p><b>Sistema parcialmente compensatório e Apoio-Educação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar sensibilidade <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilidade tátil</li> <li>• Sensibilidade térmica</li> <li>• Sensibilidade dolorosa</li> <li>• Sensibilidade profunda</li> <li>• Sentido pressão</li> <li>• Sensibilidade postural</li> </ul> </li> <li>- Avaliar a visão</li> <li>-Aplicar calor saco de água quente</li> <li>-Aplicar frio através de cubos de gelo</li> <li>-Gerir o ambiente físico (diminuir focos de distração)</li> <li>-Executar estimulação sensitiva com recurso a uma bola de esponja (anti-stress) com a apreensão da bola, 10 repetições do movimento</li> <li>-Estimular percepção sensorial (colocar a pessoa em posição confortável e de olhos fechados e</li> </ul>	<p>30/11/2015</p> <p>A sensibilidade foi avaliada em todos os segmentos corporais, do distal para o proximal, bilateralmente e com os olhos fechados. Na sensibilidade superficial foi avaliada a sensibilidade tátil com recurso a uma compressa, a sensibilidade térmica com recurso a um copo de vidro com água fria e água quente e ainda a sensibilidade dolorosa com recurso a uma espátula de madeira partida. Verificou-se que a pessoa apresentou hipoestesia tátil e térmica e hipoalgesia da mão direita e nos restantes segmentos mantida. Foi ainda avaliada a sensibilidade profunda através do sentido de pressão e sensibilidade postural tendo sido constatado a ausência de alteração.</p> <p>Foi avaliada a visão através da realização do movimento da letra "H" com os olhos fixos num ponto para deteção de alterações em</p>

30/11/2015	Défice de conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial relacionado por ausência de ensino sobre medidas de segurança manifestado pela incapacidade para utilização de estratégias preventivas de complicações	Conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial melhorado demonstrado por nomeação de 5 situações de risco, ao fim de 3 dias	<p>pedir que identifique objectos através do toque e som)</p> <p>-Executar técnica de massagem 1 vez no turno</p> <p>-Executar técnica de posicionamento</p> <p>-Incentivar a execução de exercício de adução e abdução dos dedos com recurso a um elástico</p> <p>-Instruir técnica de exercicio musculo articular activa resistida na mão direita: realizar 1 sessão no turno da manha de 10 repeticoes de movimentos de Circundação, supinação/pronação do Antebraço; desvio cubital/radial e Flexão/ Extensão da mão; Flexão/ Extensão e Adução/ Abdução dos dedos da mão e oponência do polegar</p> <p>- Treinar a execução de exercícios músculo articulares activos na mão direita: realizar 4 sessões no dia (2 no turno da manha e 2 no turno da tarde) de 10 repeticoes de movimentos de Circundação, supinação/pronação do Antebraço; desvio cubital/radial e Flexão/ Extensão da mão; Flexão/ Extensão</p>	<p>que as mesmas não estavam presentes.</p> <p>Foi colocado um espelho à frente da pessoa e este tinha que, em frente ao espelho, contar pelos dedos até 5 com auxílio da mão esquerda.</p> <p>Foi pedido à esposa que trouxesse uma bola de anti stress para realização de exercícios de apreensão da bola.</p> <p>Foi feita estimulação da percepção sensorial com recurso a caneta, papel, plástico, escova de dentes entre outros, com identificação de todos os objectos e sons produzidos.</p> <p>Foram disponibilizadas 2 taças, uma com água quente e outra com água fria e este tinha que as identificar. Foram feitos ensinios sobre precaução de segurança.</p> <p>Foram executados exercícios músculo articulares (Circundação, supinação/pronação do Antebraço; desvio cubital/radial e Flexão/ Extensão da mão; Flexão/ Extensão e Adução/ Abdução dos dedos da mão e oponência do polegar) bem como instrução dos mesmos.</p> <p>Foi executada massagem e</p>
------------	---	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter ambiente</li> <li>- Guiar/ Orientar</li> <li>- Ensinar</li> <li>- Apoio físico e psicológico</li> </ul>	<p>e Adução/ Abdução dos dedos da mão e oponência do polegar</p> <p><b>Apoio- Educação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ensinar sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial</li> <li>-Instruir sobre medidas preventivas de exposição ao risco (temperatura da água do banho, temperatura de dos objectos, pegar em objetos quentes com a mão afetada),</li> </ul>	<p>incentivado a massajar a mão várias vezes ao dia.</p> <p>02/12/2015 03/12/2015</p> <p>Não foi possível fazer outra avaliação da sensibilidade porque a pessoa teve alta num dia não coincidente com dia de estágio mas por consulta do diário clínico relativo à data da alta médico descreve melhoria relativamente à data da entrada, não especificando esta melhoria. Alta a 04/12/2015</p>
--	--	--	---	--	---



Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
30/11/2015	Défice de autocuidado para alimentação, banho/higiene, vestir-se, relacionado com o movimento muscular diminuído da mão direita manifestado por dificuldade na apreensão de objetos	Conseguir alimentar-se, realizar a sua higiene e vestir-se sozinho ao fim de 5 dias	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Agir/ Fazer</li> <li>- Guiar/ Orientar</li> <li>- Ensinar</li> <li>- Apoio físico e psicológico</li> <li>- Manter ambiente</li> </ul>	<p><b>Sistema parcialmente compensatório e Apoio- Educação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar força muscular através do controlo de movimentos e mobilização ativa dos segmentos</li> <li>-Monitorizar força muscular através de Escala de Lower</li> <li>-Executar técnica de exercício músculo articular ativo-assistido realizar 1 sessão no turno da manha de 10 repetições de movimentos de Circundação, supinação/pronação do Antebraço; desvio cubital/radial e Flexão/ Extensão da mão; Flexão/ Extensão e Adução/ Abdução dos dedos da mão e oponência do polegar</li> <li>-Instruir técnica de exercicio musculo articular activa resistida na mão direita: realizar 1 sessão no turno da manha de 10 repeticoes de movimentos de Circundação, supinação/pronação do Antebraço; desvio cubital/radial e Flexão/ Extensão da mão.</li> <li>-Treinar técnica de exercicio musculo</li> </ul>	<p>30/11/2015</p> <p>Foi aplicada a escala de Lower para avaliação da força muscular em todos os segmentos apresentando força 4/5 na mão direita e nos restantes segmentos 5/5.</p> <p>Apresentava controlo de movimentos e mobiliza ativamente todos os segmentos.</p> <p>A pessoa executa técnica de exercícios músculo articulares com necessidade de correção do movimento.</p> <p>Foi efectuado treino de higiene, vestuário e alimentação com participação da pessoa.</p> <p>02/12/2015</p> <p>03/12/2015</p> <p>Foram disponibilizadas fichas de exercícios de coordenação motora que a pessoa executa com dificuldade por não fazer a a preensão do lápis. Com necessidade de recurso a uma fita adesiva para fixação do mesmo.</p> <p>Não foi possível fazer outra avaliação porque a pessoa teve</p>

				<p>articular activa resistida na mão direita: realizar 1 sessão no turno da manha de 10 repetições de movimentos de Circundação, supinação/pronação do Antebraço; desvio cubital/radial e Flexão/Extensão da mão.</p> <p>- Instruir a pessoa a executar Auto mobilizações, realizar 2 sessões (no turno da manha e da tarde) de 10 repetições de movimentos (com recurso a um bastão e entrelaçar os dedos das mãos)</p> <p>- Instruir sobre técnica de exercícios de motricidade fina com recurso a fichas de exercícios de coordenação motora</p> <p>- Treinar técnica de exercícios de motricidade fina, deve realizar 2 fichas por dia</p> <p>- Fornecer uma mola (da roupa) para adaptação no lápis para a pessoa conseguir fazer a apreensão do mesmo</p> <p>-Providenciar material educativo (fichas de exercícios de coordenação motora)</p>	<p>alta num dia não coincidente com dia de estágio. Alta a 04/012/2015</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>-Supervisionar o movimento muscular e correcção de movimentos</p> <p>- Estimular a pessoa a alimentar-se, realizar a sua higiene e a vestir-se</p> <p>- Orientar a pessoa e o prestador de cuidados a adquirir roupas fáceis de vestir e produtos de apoio para a alimentação e higiene (colher, ventosas para prato).</p>	
--	--	--	--	---	--

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Métodos de Ajuda	Tipo de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
30/11/2015	Défice de Autocuidado alimentar-se relacionado com paresia do VII par craniano por apagamento do sulco nasogeniano direito e desvio da comissura labial para a esquerda manifestada por queda de saliva e presença de alimentos na boca	Autocuidado alimentar-se melhorado com deglutição conservada e desvio da comissura menos acentuado ao fim de 5 dias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agir/Fazer</li> <li>- Guiar/ Orientar</li> <li>- Apoio físico e psicológico</li> <li>- Ensinar</li> </ul>	<p><b>Sistema parcialmente compensatório e Apoio - Educação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fornecer dispositivo auxiliar (espelho) à pessoa</li> <li>-Executar técnica de massagem facial com cubos de gelo (no lado afectado)</li> <li>- Aplicação de gelo na face lateral interna do lado afetado</li> <li>-Executar exercícios de reeducação dos músculos da face (unir sobrancelhas, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar, mastigar do lado afectado, fazer beicinho) em 10 repetições de cada movimento 3 vezes ao dia.</li> <li>- Providenciar material educativo (folha de exercícios</li> </ul>	<p>30/11/2015</p> <p>A pessoa apresenta apagamento do sulco nasogeniano direito com desvio da comissura para a esquerda. Foi colocado à frente da pessoa um espelho e feito ensino relativamente aos exercícios de reeducação dos músculos da face com indicação de os realizar 3 vezes ao dia, foi fornecida folha de exercícios de mimica facial (em anexo VII).</p> <p>02/12/2015, 03/12/2015</p> <p>Foi incentivado a fazer massagem facial de manhã e à noite.</p> <p>A pessoa apresentava parésia</p>

				<p>de mimica facial)</p> <p>-Supervisionar a pessoa no mastigar</p> <p>-Avaliar capacidade de deglutição</p> <p>-Monitorizar deglutição através da aplicação da Escala de GUSS</p> <p>-Executar técnica de deglutição Fase oral preparatória, fase oral, fase faríngea, fase esofágica</p> <p>- Verificar a existência de peças dentárias para uma mastigação eficaz</p> <p>- Verificar a consistência dos alimentos (adicionar espessante aos líquidos)</p> <p>- Ensinar a pessoa a pensar em todo o processo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar bólus de comida na metade da língua não afectada (se necessário na porção posterior e fazer pressão);</li> <li>• Pedir ao doente para fechar a boca;</li> </ul>	<p>da face melhorada com desvio da comissura menos acentuado e com discreto esboço do sulco nasogeniano.</p> <p>Não foi possível fazer outra avaliação porque a pessoa teve alta num dia não coincidente com dia de estágio. Alta a 04/012/2015</p> <p>Foi avaliada a capacidade de deglutição por apresentar alterações na qualidade da voz, alteração na articulação das palavras e sialorreia. Foi aplicada a escala de GUSS, já em uso no serviço para avaliação da deglutição. A pessoa sente os alimentos na boca, possui reflexo de vômito e reflexo de</p>
--	--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se necessário manobras compensatórias: Pessoa sentada em fowler, com a cabeça lateralizada para o lado não afectado, recorrer a deglutição supraglótica (suster respiração, deglutir, expiração forçada)</li> <li>- Fornecer pequenas quantidades de alimento</li> <li>- Verificar a acumulação de comida na boca</li> <li>- Monitorizar tosse e outros sinais de aspiração;</li> <li>-Gerir e planear a dieta</li> <li>-Supervisionar a deglutição</li> <li>- Estimular a pessoa a alimentar-se sozinha</li> <li>-Gerir o ambiente físico (diminuir focos de distração)</li> </ul>	<p>deglutição, movimentar a língua e os lábios e mantém controlo postural da cabeça</p> <p>À aplicação da escala: Deglute alimentos de consistência pastosa e deglute alimentos sólidos</p> <p>Há deglutição de líquidos, apresenta tosse.</p> <p>Feito ensino sobre o espessante e a ingestão de líquidos com a adição do mesmo.</p> <p>Foi assistida a refeição do almoço sem alterações.</p> <p>Não foi possível fazer outra avaliação porque a pessoa teve alta num dia não coincidente com dia de estágio. Alta a 04/012/2015</p>
--	--	--	--	--	--

## BIBLIOGRAFIA

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ribeiro, T. (2009). *Estudo do equilíbrio estático e dinâmico em indivíduos idosos*. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Porto

<https://comunicacaoaa.wordpress.com/pecs-sistema-de-comunicacao-por-troca-de-imagens/> acedido em 30/11/2015

[www.wikitemas.biz/dicas-de-atividades-para-treinar-coordenacao-motora/](http://www.wikitemas.biz/dicas-de-atividades-para-treinar-coordenacao-motora/) acedido em 30/11/2015

**ANEXOS**



## ANEXO I – ESCALA DE BERG

# Escala de Berg

## DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé \_\_\_\_4\_\_\_\_
  2. Ficar em pé sem apoio \_\_\_\_4\_\_\_\_
  3. Sentado sem apoio \_\_\_\_4\_\_\_\_
  4. Da posição de pé para a posição de sentado \_\_\_\_3\_\_\_\_
  5. Transferências \_\_\_\_4\_\_\_\_
  6. Ficar em pé com os olhos fechados \_\_\_\_4\_\_\_\_
  7. Ficar em pé com os pés juntos \_\_\_\_4\_\_\_\_
  8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado \_\_\_\_3\_\_\_\_
  9. Apanhar um objecto do chão \_\_\_\_4\_\_\_\_
  10. Virar-se para olhar para trás \_\_\_\_4\_\_\_\_
  11. Dar uma volta de 360 graus \_\_\_\_4\_\_\_\_
  12. Colocar os pés alternadamente num degrau \_\_\_\_3\_\_\_\_
  13. Ficar em pé com um pé à frente do outro \_\_\_\_3\_\_\_\_
  14. Ficar em pé sobre uma perna \_\_\_\_3\_\_\_\_
- TOTAL \_\_\_\_51\_\_\_\_

0 a 20	Mau equilíbrio
40 a 56	Bom equilíbrio

## ANEXO II – INDICE DE BARTHEL

## Escala de Barthel

<b>1. Alimentação</b>	
Independente .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....	<input checked="" type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas .....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	
80	

### ANEXO III – ESCALA DE LOWER

<b>MEMBRO SUPERIOR ESQ</b>	<b>30/11/2015</b>	<b>02/12/2015</b>
ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	5/5	5/5
COTOVELO	5/5	5/5
PUNHO	5/5	5/5
DEDOS	5/5	4/5
<b>MEMBRO INFERIOR ESQ</b>	<b>30/11/2015</b>	<b>02/12/2015</b>
ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL	5/5	5/5
JOELHO	5/5	5/5
ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	5/5	5/5
DEDOS	5/5	5/5

<b>MEMBRO SUPERIOR DTO</b>	<b>30/11/2015</b>	<b>02/12/2015</b>
ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	5/5	5/5
COTOVELO	5/5	5/5
PUNHO	4/5	5/5
DEDOS	4/5	4/5
<b>MEMBRO INFERIOR DTO</b>	<b>30/11/2015</b>	<b>02/12/2015</b>
ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL	5/5	5/5
JOELHO	5/5	5/5
ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	5/5	5/5
DEDOS	5/5	5/5

ANEXO IV – AVALIAÇÃO PARES  
CRANIANOS

<b>Pares Cranianos</b>		<b>30/11/</b>	<b>02/12/</b>
<b>M- mantido D- diminuído A - ausente NA- não avaliável</b>		<b>2015</b>	<b>2015</b>
<b>I – Olfactivo</b>	<b>Fechar os olhos e identificar odores</b> (café, canela)	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>II – Óptico</b>	<b>Para encerrar um dos olhos, avaliar campo visual</b> (contagem dos dedos a várias distancias)	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>III – Óculo-motor</b> <b>IV – Patético</b> <b>VI- Motor Ocular Externo</b>	<b>Seguir o dedo do enfermeiro</b> (desenha um H) <b>Simetria dos movimentos oculares</b>	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>V – Trigémeo</b>	<b>Sensibilidade táctil, térmica e dolorosa</b> <b>Reflexo córneo-palpebral</b> <b>Encerrar e mover a mandíbula bilateralmente</b>	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>VII – Facial</b>	<b>Sorrir e franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras</b> <b>Apagamento do sulco nasogeniano</b>	<b>D</b>	<b>D</b>
<b>VIII – Acústico</b>	<b>Acuidade auditiva de olhos fechados</b> (identificar o som esfregar os dedos ou relógio) <b>Teste de Weber</b> (diapásão vértice crânio) <b>Equilíbrio estático e dinâmico</b> (sentado com braços ao lado)	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>IX – Glossofaríngeo</b>	<b>Reconhecer sabores como o doce e salgado</b> (1/3 posterior da língua)	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>X – Vago</b>	<b>Reflexo do vômito</b> <b>Alterações do tom de voz ou</b>		



	presença de rouquidão	M	M
XI – Espinhal	<b>Força muscular</b> (do esternocleidomastoideu) <b>dos ombros e da cabeça bilateralmente contra resistência</b>	M	M
XII – Hipoglosso	<b>Diferentes movimentos da língua</b> (Dta, Esq, propulsão anteroposterior)	M	M

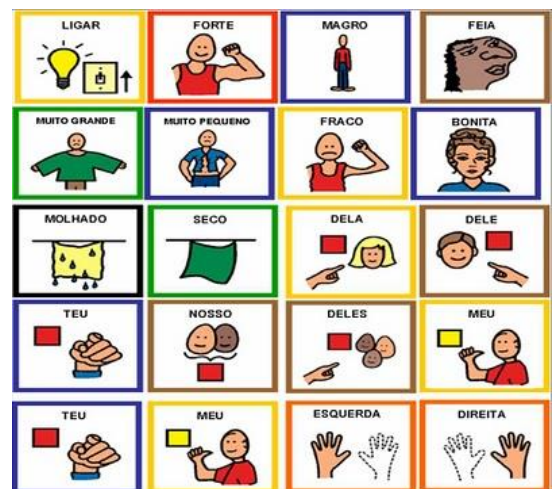
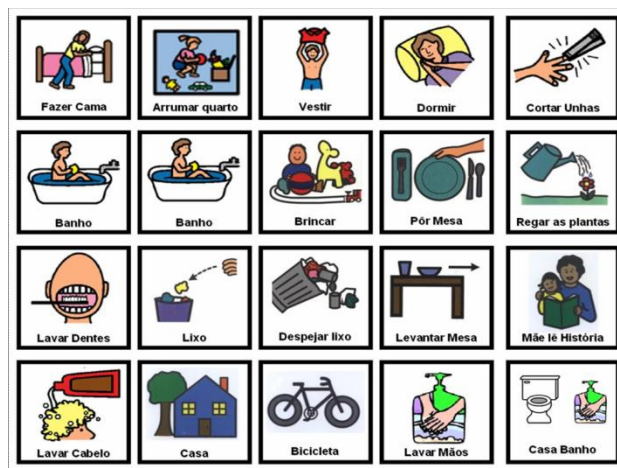
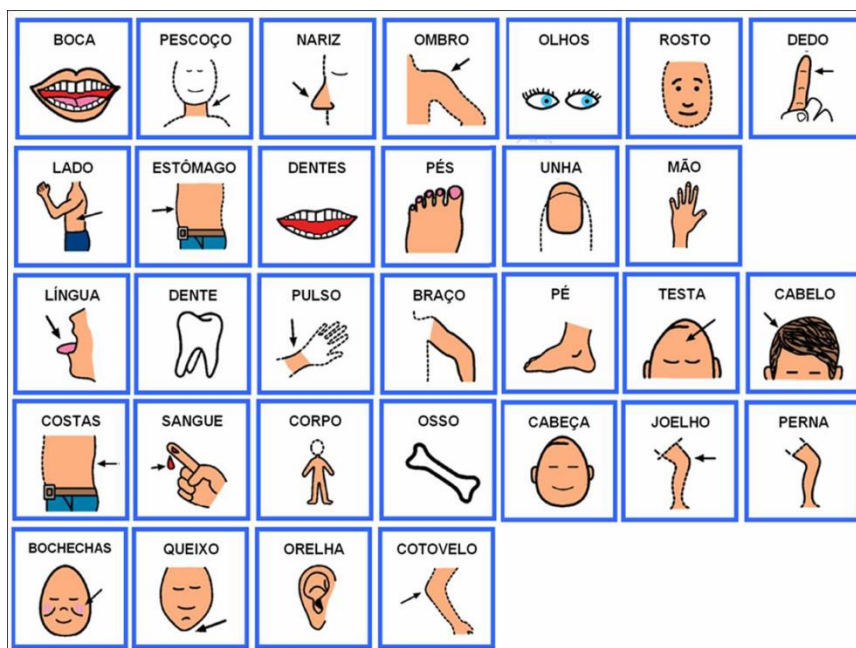
## ANEXO V – APLICAÇÃO DA ESCALA DE TINETTI

EQUILÍBRIO ESTÁTICO CADEIRA		30/11
1. EQUILÍBRIO SENTADO	0 – inclina-se ou desliza na cadeira	
	1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira	
	2 – estável, seguro	x
2. LEVANTAR – SE	0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio	
	1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa	
	2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	x
3. EQUILÍBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)	0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)	
	1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se	
	2 – estável sem qualquer tipo de ajudas	x
4. EQUILÍBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS	0 – instável	
	1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio	
	2 – pés próximos e sem ajudas	x
5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)	0 – começa a cair	
	1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza	
	2 – estável	x
6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO	0 – instável	
	1 – estável	x
7. VOLTA DE 360° (2 vezes)	0 – instável (agarra – se, vacila)	
	1 – estável, mas dá passos descontínuos	
	2 – estável e passos contínuos	x
8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto	
	1 – aguenta 5 segundos de forma estável	x
9. SENTAR-SE	0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância	
	1 – usa os braços ou movimento não harmonioso	
	2 – seguro, movimento harmonioso	x
Pontuação: <u>16</u> / 16		
EQUILÍBRIO DINÂMICO – MARCHA		30/11
<b>Instruções:</b> O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.		
10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)	0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar	
	1 – sem hesitação	x
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio	
	1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio	x
12. ALTURA DO PASSO (pé direito)	0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo	
	1 – o pé direito eleva-se completamente do solo	x
13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio	
	1 – ultrapassa o pé direito em apoio	x
14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)	0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo	
	1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo	x
15. SIMETRIA DO PASSO	0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico	
	1 – comprimento do passo aparentemente simétrico	x
16. CONTINUIDADE DO PASSO	0 – pára ou dá passos descontínuos	
	1 – passos contínuos	x
17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)	0 – desvia-se da linha marcada	
	1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha	
	2 – sem desvios e sem ajudas	x
18. ESTABILIDADE DO TRONCO	0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha	
	1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta	

	os braços do tronco enquanto caminha	
	2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha	x
<b>19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA</b>	0 – calcanhares muito afastados	
	1 – calcanhares próximos, quase se tocam	x
<b>Pontuação: ____ 12 ____ / 12</b>		
<b>Pontuação total: ____ 28 ____ / 28</b>		

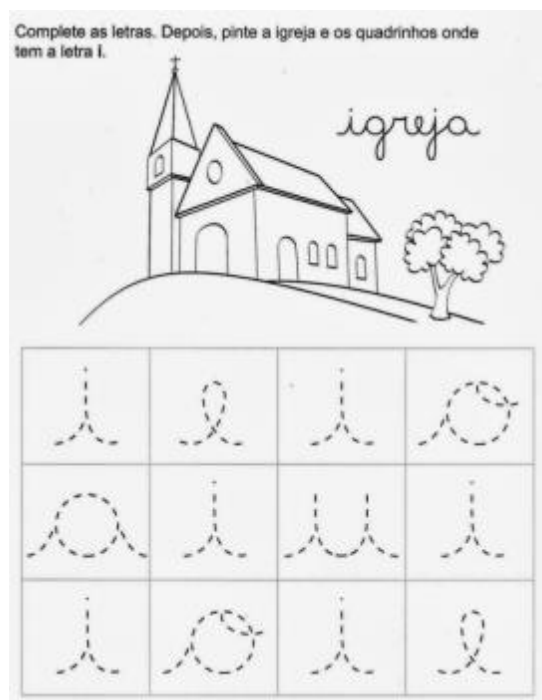
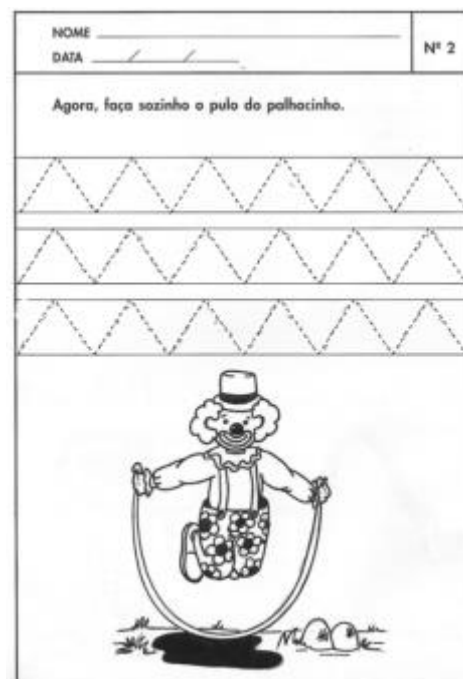
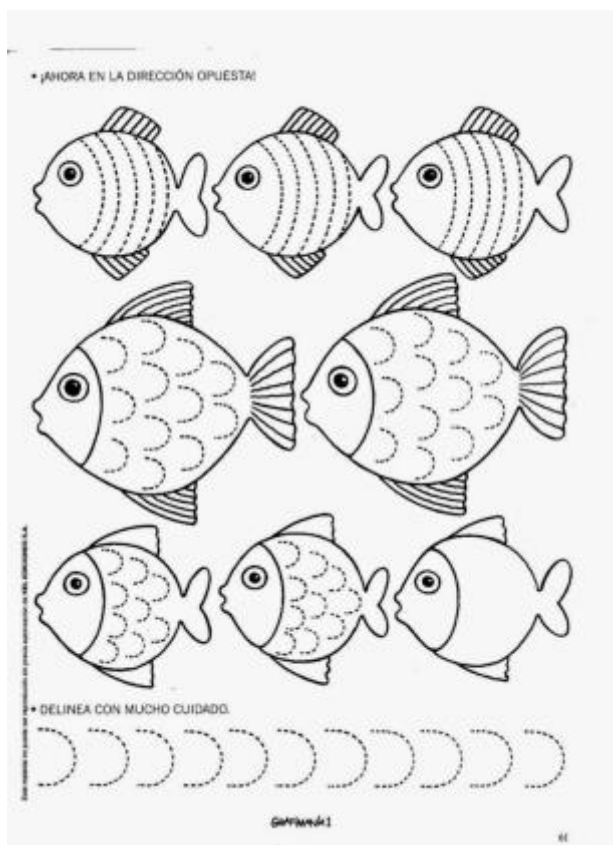
ANEXO VI – SISTEMA DE  
COMUNICAÇÃO POR IMAGEM E  
EXERCÍCIOS DE CORDENAÇÃO  
MOTORA

## Sistemas de Comunicação por imagem



Nota: Os documentos foram utilizados em formato A4

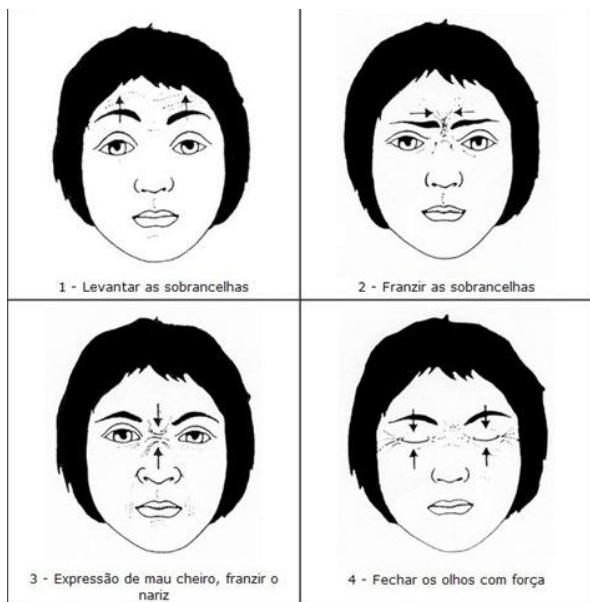
## Exercícios de coordenação motora



Nota: Os documentos foram entregues em formato A4

ANEXO VI – EXERCÍCIOS DE  
REEDUCAÇÃO DOS MUSCULOS DA  
FACE

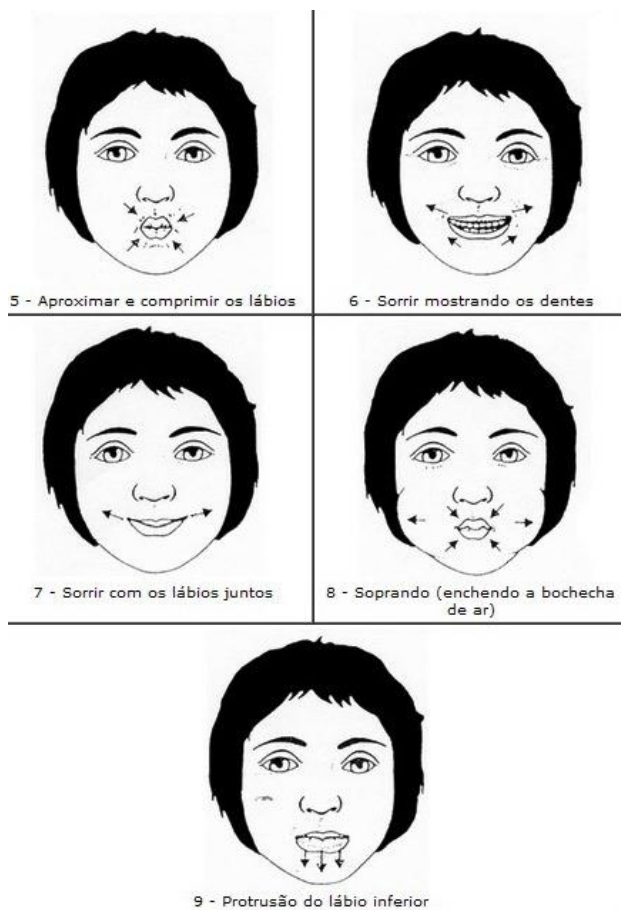




## Executar

- 10 vezes cada movimento

- 3 vezes ao dia



<http://paralisiafacalperiferica.webnode.pt>

## Apêndice VI – Plano de Cuidados 2

**6º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**  
**Unidade Curricular: Opção II – Estágio**

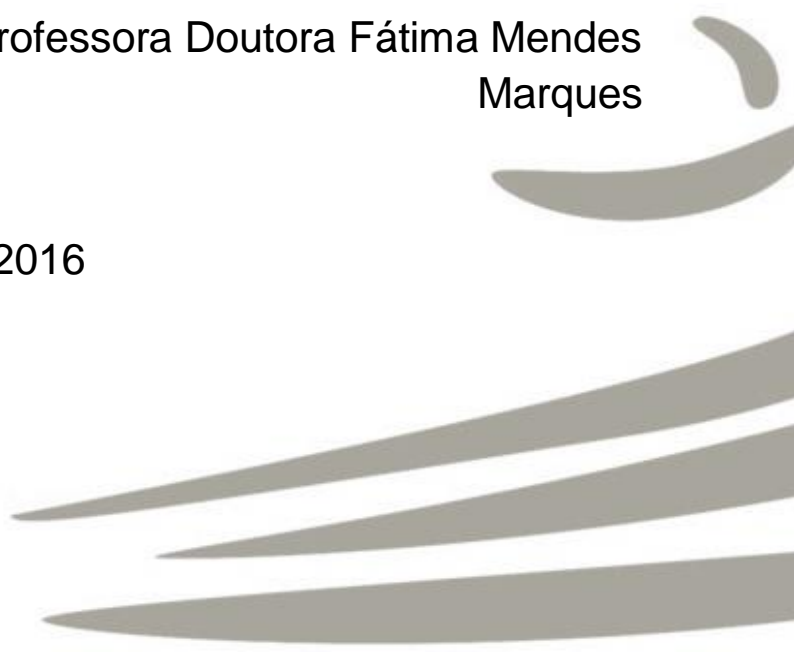
**Plano de Cuidados – Medicina**



Elaborado por: Dina Peças (nº 6094)

Professora Orientadora: Professora Doutora Fátima Mendes  
Marques

2016



# INDICE

<b>SIGLAS.....</b>	<b>3</b>
<b>1. DESCRIÇÃO CLÍNICA.....</b>	<b>4</b>
1.1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE .....	4
1.2. ANTECEDENTES ANTERIORES.....	4
1.3. READMISSÃO NA MEDICINA.....	5
1.4. INDICE DE BARTHEL .....	6
1.5. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE LOWER.....	6
1.7. AVALIAÇÃO PARES CRANIANOS.....	7
1.8. AVALIAÇÃO ÍNDICE DE TINETTI (VERSÃO PORTUGUESA).....	7
<b>2. PLANO DE CUIDADOS.....</b>	<b>8</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>13</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>14</b>
ANEXO I – ESCALA DE BERG .....	15
ANEXO II – ÍNDICE DE BARTHEL .....	17
ANEXO III – ESCALA DE LOWER .....	19
ANEXO IV – AVALIAÇÃO PARES CRANIANOS .....	21
ANEXO V – APLICAÇÃO DA ESCALA DE TINETTI.....	24

## **SIGLAS**

AVC – Acidente vascular cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diárias

AIVD's – Atividades Instrumentárias de Vida Diárias

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

TAC CE – Tomografia axial computadorizada crânio encefálica

RMN CE – Ressonância magnética crânio encefálica

UCI – Unidade de cuidados intensivos

# 1. DESCRIÇÃO CLÍNICA

## 1.1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

**Data de admissão:** 09/10/2015 **Data de avaliação:** 13/01/2016

**Nome:** J.M.E.G.C.

**Data de nascimento:** 19/01/1966

**Estado civil:** Casado

**Habilitações Literárias/Profissão:** 12º Ano/ Paraquedista do Exército, reformado há 6 anos por invalidez.

**Habitação:** Apartamento próprio com 5 assoalhadas em Vale Milhaços.

**Agregado Familiar:** reside com a esposa de 49 A de idade e o filho de 21 anos.

## 1.2. ANTECEDENTES ANTERIORES

**Atividades de vida diária:** Autônomo nas AVD's, diariamente fazia uma caminhada e tinha como lazer a pesca desportiva.

**Antecedentes pessoais:** Disseção da Aorta Torácica (intervencionado em Espanha em 2007), HTA grave, Cardiopatia hipertensiva (com hipertrofia ventricular esquerda), AVC isquémico prévio do hemisfério direito em maio de 2015 (como sequela força 4/5 membro superior esquerda), DPOC, DM tipo II, Nefropatia hipertensiva, diversas fraturas em contexto do exercício da profissão (fratura grelha costal esquerda, esmagamento da mão esquerda, fratura fémur dto) que levaram a reforma antecipada.

**Hábitos/ Comportamentos Aditivos:** Ex – fumador desde há 6 A, com hábitos alcoólicos moderados (4 a 5 cervejas com os amigos)

## Terapêutica de ambulatório

Medicamento	Horário				
	Jejum	Peq. Alm	Almoço	Jantar	Ceia
Nifedipina 30 mg CR		1		1	
Lisinopril 20 mg		1		1	
Carvedilol 25 mg			1	1	
Monoket 20 mg		1	1		
Aldomet 500 mg		1		1	
Lasix		1		1	
Aspirina 100 mg			1		
Brisomax Diskus		1			1
Clonidina 0,15 mg		1	1	1	

**Nota Geral:** A 8/10/2015 por febre, sem outros sintomas associados, recorre ao médico de família em que é medicado com antipiréticos. A 9/10/2015 recorre ao serviço de urgência, com febre persistente sem cedência aos antipiréticos e diminuição da força do membro inferior esquerdo com consequente queda, da própria altura, ao levantar-se da cama. Na admissão no serviço de urgência apresentava disartria. Realiza TAC CE que não evidência sinais de lesões agudas pelo que realizou ainda RMN CE que revelou “Enfarte isquémico recente cortico-subcortical perirrolândico direito”. Fica com o diagnóstico de AVC isquémico e sinusite aguda.

É transferido para o internamento de Medicina I a 09/10/2015. A 10/10/2015 apresenta um quadro de confusão, prostração e estrabismo convergente, repete TAC CE que revela “Enfarte isquémico recente cortico-sucortical fronto-parieto-rolândico direito”. Realiza punção lombar cujo resultado foi sugestivo de meningite bacteriana e realiza ainda um Ecocardiograma transtorácico que não evidencia endocardite aguda. Inicia antibioterapia após culturas. Por apresentar depressão do estado de consciência rapidamente progressiva e sinais de hipoperfusão periférica, a pessoa é transferida para a UCI por necessidade de ventilação mecânica e suporte vasoativo onde permaneceu cerca de 3 semanas. O diagnóstico de meningite não se confirma, ficando com diagnóstico de AVC Isquémico com transformação hemorrágica.

### 1.3. READMISSÃO NA MEDICINA

**Data de readmissão:** 11/01/2016

Atualmente pessoa consciente, orientada auto e alopsiquicamente. Cumpre ordens simples. Apresenta força segmentar grau III/V no membro superior esquerdo e IV/V no membro inferior esquerdo. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico, mantidos (aplicada escala de Berg) Anexo I. Feita avaliação do teste de Deglutição para pastosos, líquidos e sólidos em que não apresenta alteração, através da aplicação de documento existente no serviço (Escala de GUSS).

**Parâmetros Vitais:** TA: 163/97 mmHg; FC: 84 bpm; FR: 21 C/min, SPO2: 100%

Glicemia Capilar: 80 mg/dl (em jejum), Peso: 82 kg, Dor: 0

**Percepção da situação pela pessoa:** A pessoa demonstrou-se motivada e expressou vontade em recuperar. Verbaliza que pretende retomar os seus passatempos como por exemplo pescar.

**Percepção da situação pela Família:** A esposa e filho estão a par da sua situação clínica e decidiram que o Sr J assim que tiver alta hospitalar irá para um centro de reabilitação.

#### 1.4. INDICE DE BARTHEL

O Índice de Barthel avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida diária; comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. O Sr. J.C. foi avaliado com a soma do **índice 55** representando assim um grau de dependência moderado (Anexo II).

Resultado	Grau de dependência
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independente

#### 1.5. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE LOWER

A Escala de avaliação da força muscular de Lower baseia-se na avaliação da força muscular, a partir da palpação da unidade músculo-tendinosa durante o movimento, verificação da amplitude de movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, avaliada de 0 a 5 num valor total de 5 (Anexo III).

#### 1.6 AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE

A sensibilidade deve ser explorada de forma objectiva, podendo ser determinada pela aplicação de várias técnicas. A sensibilidade foi avaliada em todos os segmentos corporais, do distal para o proximal, bilateralmente e com os olhos fechados. Na sensibilidade superficial foi avaliada a sensibilidade tátil com recurso a uma compressa, a sensibilidade térmica com recurso a um copo de vidro com água fria e água quente e ainda a sensibilidade dolorosa com recurso a uma espátula de madeira partida. Verificou-se que a pessoa apresentou hipoestesia tátil e térmica e hipoalgesia da mão esquerda e nos restantes segmentos mantida. Foi ainda



avaliada a sensibilidade profunda através do sentido de pressão e sensibilidade postural tendo sido constatado a ausência de alteração.

### 1.7. AVALIAÇÃO PARES CRANIANOS

A avaliação neurológica dos pares cranianos é feita de forma sistematizada através de técnicas específicas que permitem a deteção de alterações do foro neurológico. (Anexo IV)

### 1.8. AVALIAÇÃO ÍNDICE DE TINETTI (VERSÃO PORTUGUESA)

A escala de Tinetti é uma escala de equilíbrio e mobilidade desenvolvida para definir o equilíbrio e a marcha, o Índice de Tinetti deteta alterações na locomoção, diagnostica e quantifica a gravidade do comprometimento e prediz o risco de quedas. (Anexo V). A pessoa não utilizou nenhum produto de apoio para execução do teste. Na primeira avaliação obtive o valor 14, há data da alta, obtive valor de 26.

0 - 18 pontos	elevado risco de queda ( equilíbrio reduzido)
19 - 23 pontos	moderado de queda (equilíbrio moderado)
24 - 28 pontos	baixo risco de queda (equilíbrio mantido)

Fonte: Ribeiro, (2009)

Na abordagem efetuada pelo EEER existe uma preocupação para minimizar as limitações impostas pela doença, maximizando a capacidade funcional, promovendo uma melhor qualidade de vida e prevenindo complicações.

As metas a longo prazo de um programa de reabilitação são: minimizar a sintomatologia detetada, melhorar ou manter a capacidade para autocuidado e atividades de vida diária bem como, impedir ou adiar o desenvolvimento de complicações secundárias na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O processo de enfermagem constitui-se assim, como elemento fundamental que orienta a prática dos cuidados de enfermagem à pessoa/família, de forma a assisti-lo no desempenho de atividades que contribuam para promover, proteger e recuperar a saúde, estabelecendo a relação terapêutica.

Foram estabelecidos diagnósticos de enfermagem pela CIPE Beta 2 (2011) adaptando a elaboração dos mesmos à conceção teórica de Dorothea Orem.

## 2. PLANO DE CUIDADOS

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipo de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
13/01/2016	Défice de autocuidado para alimentação, banho/higiene, vestir-se, em grau moderado, relacionado com diminuição da força muscular manifestada por, hipotonia a nível do membro superior esquerdo (escala de Lower = 3/5) e hipotonia do membro inferior esquerdo (escala de Lower = 4/5) por incapacidade de tomar banho sozinho e preparar/cortar os alimentos.	Conseguir alimentar-se, realizar a sua higiene e vestir-se sozinho, com utilização de dispositivos auxiliares ao fim de 5 dias	-Manter ambiente - Agir/Fazer - Guiar/ Orientar - Ensinar - Apoio físico e psicológico	<b>Sistema parcialmente compensatório e Apoio - Educação</b>  - Ensinar a pessoa a utilizar dispositivos auxiliares para higiene e alimentação (cadeira de higiene, prato e talheres com adaptadores, tapete antiderrapante).  - Treinar os cuidados de higiene em cadeira de rodas  - Incentivar a pentear-se e desfazer a barba com recurso a máquina de barbear.  -Instruir e treinar o posicionamento durante as refeições para evitar riscos de aspiração.  - Verificar a consistência dos alimentos de forma a tornar a alimentação para a pessoa facilitadora -Estimular a pessoa a alimentar-se sozinha	13/01/2016 O Sr. J. foi levado em cadeira sanitária para a casa de banho. Foi efectuado treino de higiene, incentivado a fazer os cuidados de higiene oral, auxiliado a lavar o hemicorpo não lesado com o lado lesado, incentivado a lavar os genitais por se encontrar em cadeira sanitária. Foi efectuado ensino de vestuário dando prioridade ao lado lesado para vestir sendo o último a despir. O Sr. J. participou e mostrou-se motivado em aprender. Durante a refeição foi incentivado a alimentar-se com o membro superior esquerdo com necessidade de ajuda parcial para a preparação dos alimentos.  15/01/2016 O Sr. J. foi levado em cadeira sanitária tendo efetuado a sua higiene sozinho. Relativamente ao vestuário usou a barra de apoio da casa de banho para

				<p>-Avaliar o estado nutricional (pelo índice de massa corporal (IMC)).</p> <p>-Promover o reforço hídrico (1,5l de líquidos/dia).</p>	<p>vestir as calças e não apresentou dificuldade em vestir a camisola. Alimenta-se de uma dieta equilibrada e cumpre o reforço hídrico.</p> <p>19/01/2016</p> <p>O Sr. J. apenas necessita de ajuda para ir para a casa de banho uma vez que a cadeira sanitária do serviço não possibilita deslocação autónoma. Mantém higiene oral cuidada e apresenta-se barbeado. Na alimentação apresenta-se autónomo com recurso aos talheres adaptados. Alimenta-se socialmente, na sala de convívio do serviço. Apresenta um IMC de 28,4.</p> <p>O Sr. J. teve alta a 29/01/2016 para uma unidade de Reabilitação.</p>
--	--	--	--	--	--

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipo de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
13/01/2016	Compromisso da mobilidade do hemicorpo esquerdo relacionado com diminuição de força do membro superior esquerdo (3/5) e do membro inferior esquerdo (4/5) manifestado por Sinergia flexora do joelho e sinergia flexora do cotovelo e da escapuloumeral	Mobilidade melhorada ao fim de 15 dias, com recuperação da força muscular e da amplitude dos movimentos para que a pessoa consiga deslocar-se em cadeira de rodas.	-Manter ambiente - Agir/Fazer -Guiar/Orientar - Ensinar -Apoio físico e psicológico	<p><b>Sistema parcialmente compensatório e Apoio – Educação:</b></p> <p>-Explicar os objectivos do programa e de que forma pode colaborar, com aumento progressivo do número de exercícios a reproduzir</p> <p>-Avaliar a dor (escala numérica) durante o programa de reabilitação através da escala numérica da dor.</p> <p>-Avaliar força muscular através do controlo de movimentos e mobilização ativa dos segmentos</p> <p>-Monitorizar força muscular através de Escala de Lower</p> <p>-Avaliação da mobilidade, força amplitude e equilíbrio, dinâmico e estático através da Escala de Berg e Escala de Tinetti</p> <p>-Identificar as limitações articulares existentes não relacionadas com o AVC</p> <p>- Executar mobilizações ativas da</p>	<p>13/01/2016 - A pessoa apresenta diminuição da força muscular no membro superior esquerdo 3/5 e no membro inferior esquerdo 4/5 pela avaliação através da escala de Lower. Sem alteração nos membros, superior e inferior, direitos. Apresenta sensibilidade mantida nos membros superiores e membros inferiores.</p> <p>Apresenta alteração na avaliação dos pares cranianos a nível do XI par, com força muscular diminuída do ombro e da cabeça do lado esquerdo contra resistência.</p> <p>Feita avaliação da dor pela escala numérica em que a pessoa referia um valor de 0 e tendo em conta a participação da pessoa, iniciaram-se mobilizações ativas assistidas e as atividades terapêuticas com automobilizações (com recurso ao bastão e elevação dos braços com os dedos entrelaçados), exercício da ponte e rolamento no leito. A</p>

				<p>cabeça e pescoço através da rotação, da flexão e da extensão</p> <p>-Instruir a pessoa a executar Auto mobilizações, realizar 2 sessões (no turno da manhã e da tarde) de 10 repetições de movimentos (com recurso a um bastão e entrelaçar os dedos das mãos)</p> <p>-Ensinar e estimular as mobilizações ativas dos membros, superior e inferior, esquerdos até ao limiar da dor.</p> <p>- Executar técnica de exercício músculo articular ativo-assistido no membro superior esquerdo a realizar 1 sessão no turno da manhã de 10 repetições de movimentos de flexão extensão do cotovelo, circundação, pronação supinação, desvio cubital, flexão extensão dos dedos com adução e abdução e oponência do polegar.</p> <p>- Executar técnica de exercício músculo articular ativo-assistido no membro inferior esquerdo a realizar 1 sessão no turno da manhã de 10 repetições de movimentos de rotação interna e</p>	<p>pessoa compreendeu o ensino e as orientações bem como as vantagens em cumprir os exercícios de reabilitação pelo que está motivado no plano estabelecido com ele, tendo em conta a recuperação da sua autonomia.</p> <p>15/01/2016 - Realizou as mobilizações ativas assistidas sem dificuldade. Repetiram-se as atividades terapêuticas, a pessoa fez o exercício da ponte sem esforço aumentando gradualmente o nº de vezes. e iniciou-se o treino de levantar para cadeira de rodas com ajuda parcial. Apresenta equilíbrio dinâmico e estático, testado com o doente sentado e em pé, faz carga no membro afetado.</p> <p>19/01/2016 – Feita avaliação da força muscular pela escala de Lower atualmente MSE – 3/5 e MIE – 5/5. Repetido o plano de reabilitação estabelecido após isto iniciou-se o treino de marcha com ajuda de 2ª pessoa tendo tolerado. O Sr. J.</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>externa da coxofemoral, flexão e extensão do joelho e dorsiflexão e flexão plantar</p> <p>-Estimulação da sensibilidade propriocetiva profunda através da realização da ponte, rolamento no leito e carga nos membros</p> <p>-Ensino e treino de exercícios de equilíbrio e correção postural com a pessoa sentada com flexão e extensão do tronco com supervisão</p> <p>- Ensino e treino de equilíbrio com a pessoa em pé com flexão e extensão do tronco com supervisão</p> <p>- Treino de marcha no corredor do serviço com recurso ao corrimão para apoio</p>	<p>apresenta-se participativo nas sessões de reabilitação e sem dor (EVA 0).</p> <p>No momento consegue realizar mobilizações ativas em sequências de 15 repetições. A pessoa apresenta força no membro superior esquerdo e consegue realizar movimentos com uma garrafa de água (resistência) e com sequência de 10 repetições.</p> <p>25/01/2016 - Feita avaliação da força muscular pela escala de Lower atualmente MSE – 4/5 e MIE – 5/5. Feito treino de levante para cadeira de rodas, com supervisão e treino de marcha de 1 metro sem ajuda e 5 metros com ajuda de 2ª pessoa. O Sr. J. tolerou a realização dos treinos e demonstra-se muito motivado.</p> <p>O Sr. J. teve alta a 29/01/2016 para uma unidade de Reabilitação.</p>
--	--	--	--	---	--

## **BIBLIOGRAFIA**

Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ribeiro, T. (2009). *Estudo do equilíbrio estático e dinâmico em indivíduos idosos*. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Porto

**ANEXOS**



## ANEXO I – ESCALA DE BERG

# Escala de Berg

Avaliação a 13/01/2016

DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé \_\_\_\_2\_\_\_\_
  2. Ficar em pé sem apoio \_\_\_\_3\_\_\_\_
  3. Sentado sem apoio \_\_\_\_4\_\_\_\_
  4. Da posição de pé para a posição de sentado \_\_\_\_3\_\_\_\_
  5. Transferências \_\_\_\_3\_\_\_\_
  6. Ficar em pé com os olhos fechados \_\_\_\_3\_\_\_\_
  7. Ficar em pé com os pés juntos \_\_\_\_3\_\_\_\_
  8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado \_\_\_\_1\_\_\_\_
  9. Apanhar um objecto do chão \_\_\_\_3\_\_\_\_
  10. Virar-se para olhar para trás \_\_\_\_3\_\_\_\_
  11. Dar uma volta de 360 graus \_\_\_\_2\_\_\_\_
  12. Colocar os pés alternadamente num degrau \_\_\_\_2\_\_\_\_
  13. Ficar em pé com um pé à frente do outro \_\_\_\_2\_\_\_\_
  14. Ficar em pé sobre uma perna \_\_\_\_3\_\_\_\_
- TOTAL \_\_\_\_37\_\_\_\_ ( Equilíbrio com supervisão)

0 a 20	Mau equilíbrio
21 a 39	Equilíbrio com supervisão
40 a 56	Bom equilíbrio

## ANEXO II – INDICE DE BARTHEL

## **Escala de Barthel**

<b>1.Alimentação</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2.Transferências</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3.Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>4.Utilização do WC</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5.Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Imóvel .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7.Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8.Vestir</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9.Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10.Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 0

TOTAL

55

### ANEXO III – ESCALA DE LOWER

<b>MEMBRO SUPERIOR ESQ</b>	<b>13/01/ 2016</b>	<b>15/01/ 2016</b>	<b>19/01/ 2016</b>	<b>25/01/ 2016</b>
ARTICULAÇÃO ESCAPULO- UMERAL	3/5	3/5	4/5	5/5
COTOVELO	3/5	3/5	4/5	4/5
PUNHO	3/5	3/5	3/5	4/5
DEDOS	3/5	3/5	3/5	3/5
<b>MEMBRO INFERIOR ESQ</b>	<b>13/01/ 2016</b>	<b>15/01/ 2016</b>	<b>19/01/ 2016</b>	<b>25/01/ 2016</b>
ARTICULAÇÃO COXO- FEMURAL	4/5	5/5	5/5	5/5
JOELHO	4/5	4/5	5/5	5/5
ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	4/5	4/5	5/5	5/5
DEDOS	4/5	4/5	4/5	5/5

<b>MEMBRO SUPERIOR DTO</b>	<b>13/01/ 2016</b>	<b>15/01/ 2016</b>	<b>19/01/ 2016</b>	<b>25/01/ 2016</b>
ARTICULAÇÃO ESCAPULO- UMERAL	5/5	5/5	5/5	5/5
COTOVELO	5/5	5/5	5/5	5/5
PUNHO	5/5	5/5	5/5	5/5
DEDOS	5/5	5/5	5/5	5/5
<b>MEMBRO INFERIOR DTO</b>	<b>13/01/ 2016</b>	<b>15/01/ 2016</b>	<b>19/01/ 2016</b>	<b>25/01/ 2016</b>
ARTICULAÇÃO COXO- FEMURAL	5/5	5/5	5/5	5/5
JOELHO	5/5	5/5	5/5	5/5
ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	5/5	5/5	5/5	5/5
DEDOS	5/5	5/5	5/5	5/5

ANEXO IV – AVALIAÇÃO PARES  
CRANIANOS

<b>Pares Cranianos</b>		<b>13/01/</b>	<b>19/01/</b>
<b>M- mantido D- diminuído A - ausente NA- não avaliável</b>		<b>2016</b>	<b>2016</b>
<b>I – Olfactivo</b>	<b>Fechar os olhos e identificar odores</b> (café, canela)	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>II – Óptico</b>	<b>Para encerrar um dos olhos, avaliar campo visual</b> (contagem dos dedos a várias distancias)	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>III – Óculo-motor</b> <b>IV – Patético</b> <b>VI- Motor Ocular Externo</b>	<b>Seguir o dedo do enfermeiro</b> (desenha um H)  <b>Simetria dos movimentos oculares</b>	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>V – Trigémeo</b>	<b>Sensibilidade táctil, térmica e dolorosa</b>  <b>Reflexo córneo-palpebral</b>  <b>Encerrar e mover a mandíbula bilateralmente</b>	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>VII – Facial</b>	<b>Sorrir e franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras</b>  <b>Apagamento do sulco nasogeniano</b>	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>VIII – Acústico</b>	<b>Acuidade auditiva de olhos fechados</b> (identificar o som esfregar os dedos ou relógio)  <b>Teste de Weber</b> (diapasão vértice craneo)  <b>Equilíbrio estático e dinâmico</b> (sentado com braços ao lado)	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>IX – Glossofaríngeo</b>	<b>Reconhecer sabores como o doce e salgado</b> (1/3 posterior da língua)	<b>M</b>	<b>M</b>



<b>X – Vago</b>	<b>Reflexo do vômito</b>  <b>Alterações do tom de voz ou presença de rouquidão</b>	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>XI – Espinhal</b>	<b>Força muscular</b> (do esternocleidomastoideu) <b>dos ombros e da cabeça bilateralmente contra resistência</b>	<b>M Dta</b>  <b>D Esq</b>	<b>M Dta</b>  <b>D Esq</b>
<b>XII – Hipoglosso</b>	<b>Diferentes movimentos da língua</b> (Dta, Esq, propulsão anteroposterior)	<b>M</b>	<b>M</b>

## ANEXO V – APLICAÇÃO DA ESCALA DE TINETTI

EQUILÍBRIO ESTÁTICO CADEIRA		13/ 01	15/ 01	19/ 01	21/ 01	25/ 01	28/ 01
1. EQUILÍBRIO SENTADO	0 – inclina-se ou desliza na cadeira						
	1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira						
	2 – estável, seguro	x	x	x	x	x	x
2. LEVANTAR–SE	0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio						
	1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa	x	x	x	x		
	2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços					x	x
3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)	0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)						
	1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se	x	x	x			
	2 – estável sem qualquer tipo de ajudas				x	x	x
4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS	0 – instável						
	1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio	x	x	x			
	2 – pés próximos e sem ajudas				x	x	x
5. PEQUENOS DESIQUILIBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)	0 – começa a cair						
	1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza	x	x				
	2 – estável			x	x	x	x
6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO	0 – instável						
	1 – estável	x	x	x	x	x	x
7. VOLTA DE 360º (2 vezes)	0 – instável (agarra – se, vacila)	x					
	1 – estável, mas dá passos descontínuos		x	x	x	x	
	2 – estável e passos contínuos						x
8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto						
	1 – aguenta 5 segundos de forma estável	x	x	x	x	x	x
9. SENTAR-SE	0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância						
	1 – usa os braços ou movimento não harmonioso	x	x	x			
	2 – seguro, movimento harmonioso				x	x	x
Pontuação : ____/16		9	10	11	14	15	16
EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA							
Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.							
10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)	0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar						
	1 – sem hesitação	x	x	x	x	x	x
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio						
	1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio	x	x	x	x	x	x

<b>12. ALTURA DO PASSO (pé direito)</b>	0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo						
	1 – o pé direito eleva-se completamente do solo	x	x	x	x	x	x
<b>13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)</b>	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio	x					
	1 – ultrapassa o pé direito em apoio		x	x	x	x	x
<b>14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)</b>	0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo	x					
	1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo		x	x	x	x	x
<b>15. SIMETRIA DO PASSO</b>	0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico	x					
	1 – comprimento do passo aparentemente simétrico		x	x	x	x	x
<b>16. CONTINUIDADE DO PASSO</b>	0 – pára ou dá passos descontínuos	x	x				
	1 – passos contínuos			x	x	x	x
<b>17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)</b>	0 – desvia-se da linha marcada						
	1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha	x	x	x	x	x	x
	2 – sem desvios e sem ajudas						
<b>18. ESTABILIDADE DO TRONCO</b>	0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha	x					
	1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha		x	x	x	x	x
	2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha						
<b>19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA</b>	0 – calcanhares muito afastados						
	1 – calcanhares próximos, quase se tocam	x	x	x	x	x	x
<b>Pontuação: _____ / 12</b>		<b>5</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>Pontuação total: _____ / 28</b>		<b>14</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>

## Apêndice VII – Fotografias



Joaninha de Massagem



Uma das gémeas a aplicar a massagem ao boneco como o EEER Ihe faz a ela.









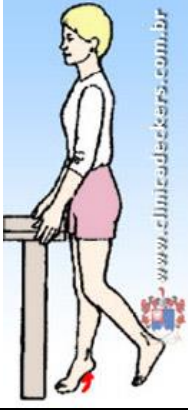
Jogo de imagens para estimulação cognitiva.

## Apêndice VIII – Guia de Exercícios e Folha de registro



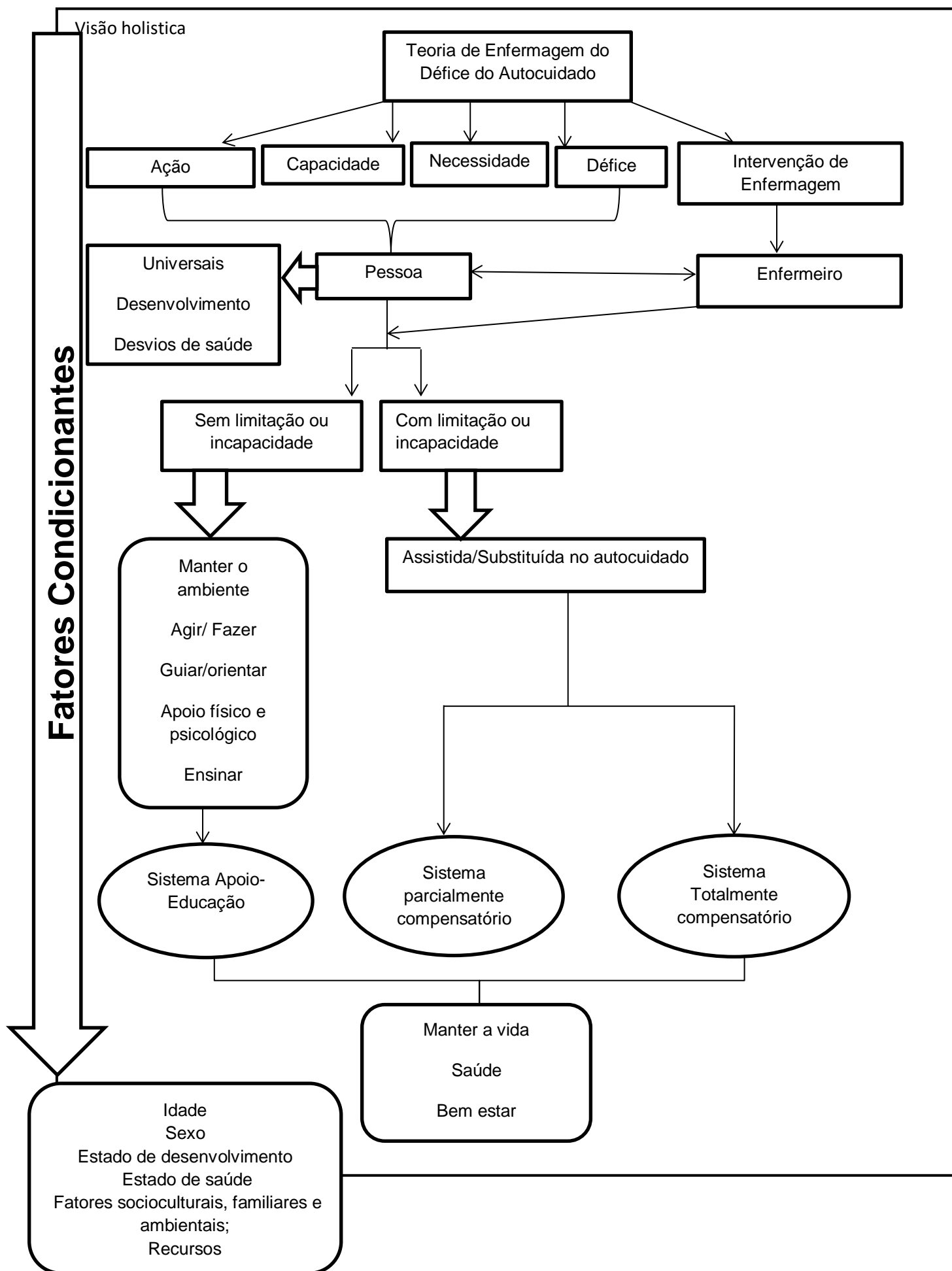
## Guia de Exercícios

	<p>Elevação Anterior do Ombro:</p> <p>Elevar os dois braços para frente</p> <p>Repetir 10 vezes</p>
	<p>Elevação Lateral dos Ombros:</p> <p>Elevar os dois braços lateralmente, com as palmas das mãos para baixo, até a altura do ombro</p> <p>Repetir 10 vezes</p>
	<p>Bíceps Alternado:</p> <p>Com os braços encostados no tronco, flexionar os cotovelos intercaladamente</p> <p>Repetir 10 vezes</p>

	<p>Flexão de Quadril:</p> <p>Levar o joelho no sentido do tórax e voltar</p> <p>Repetir 10 vezes</p>
	<p>Elevação Lateral de Pernas:</p> <p>Elevar uma das pernas lateralmente, afastando-a da outra e voltar</p> <p>Repetir 10 vezes</p>
	<p>Elevação Posterior de Pernas:</p> <p>Levar o pé para trás, dobrando o joelho e voltar</p> <p>Repetir 10 vezes</p>
	<p>Fortalecimento de Tríceps Sural:</p> <p>Ficar nas pontas dos pés, manter 10 segundos e relaxar.</p> <p>Repetir 5 vezes</p>

Folha de Registo de Exercícios			
Dia da semana: Data: Exercícios Realizados: Manhã      Tarde		Dia da semana: Data: Exercícios Realizados: Manhã      Tarde	
Dia da semana: Data: Exercícios Realizados: Manhã      Tarde		Dia da semana: Data: Exercícios Realizados: Manhã      Tarde	
Dia da semana: Data: Exercícios Realizados: Manhã      Tarde		Dia da semana: Data: Exercícios Realizados: Manhã      Tarde	
Dia da semana: Data: Exercícios Realizados: Manhã      Tarde		Dia da semana: Data: Exercícios Realizados: Manhã      Tarde	

## Apêndice IX – Esquema da Teoria de Dorothea Orem



## Apêndice X – PECS

LIGAR



FORTE



MAGRO



FEIA



MUITO GRANDE



MUITO PEQUENO



FRACO



BONITA



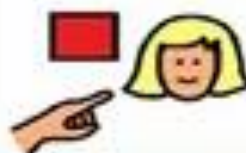
MOLHADO



SECO



DELA



DELE



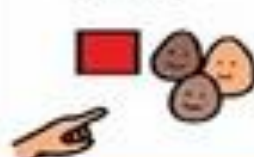
TEU



NOSSO



DELES



MEU



TEU



MEU



ESQUERDA



DIREITA





Fazer Cama



Arrumar quarto



Vestir



Dormir



Cortar Unhas



Banho



Banho



Brincar



Pôr Mesa



Regar as plantas



Lavar Dentes



Lixo



Despejar lixo



Levantam Mesa



Mãe lê História



Lavar Cabelo



Casa



Bicicleta

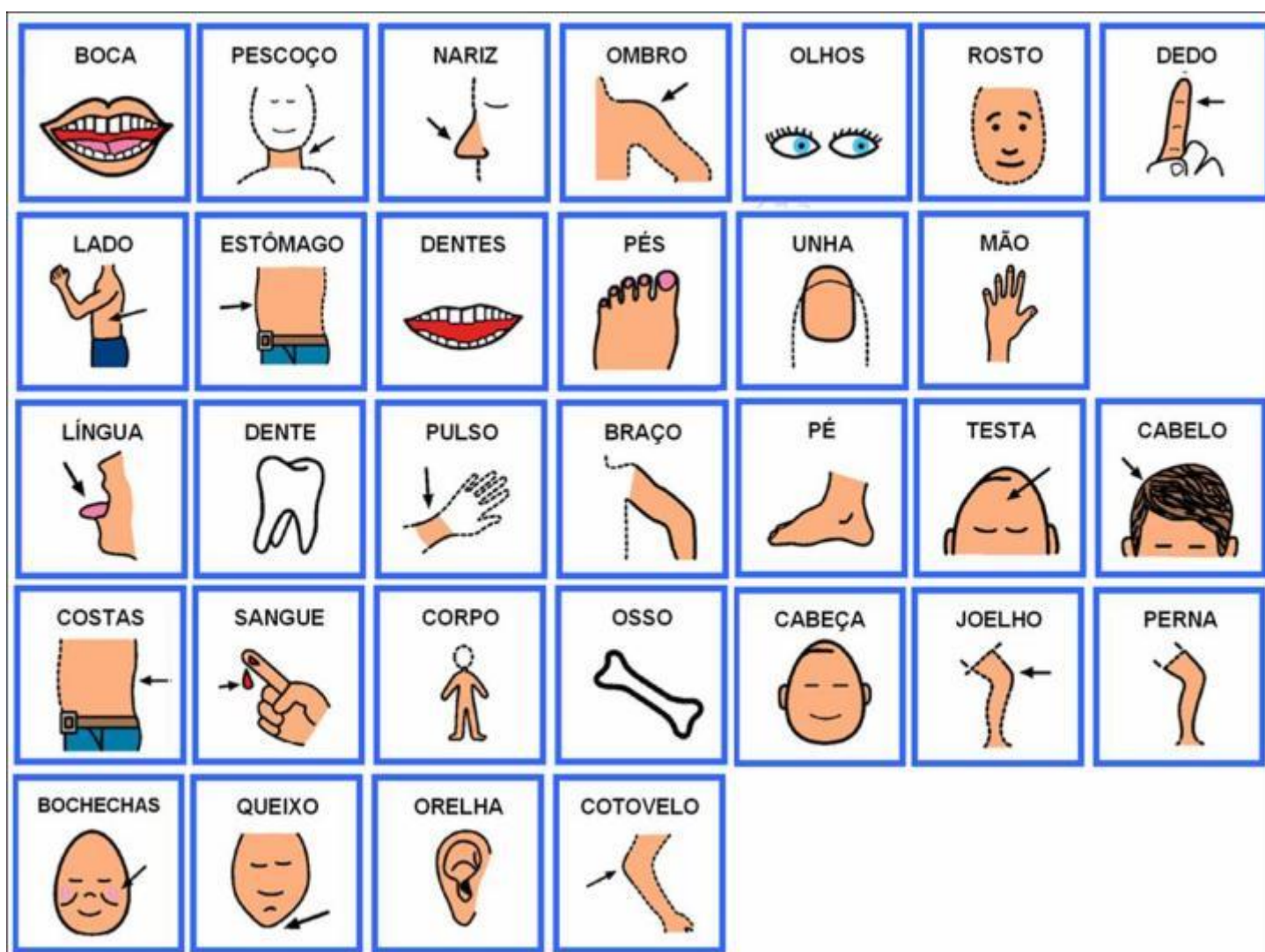


Lavar Mãos



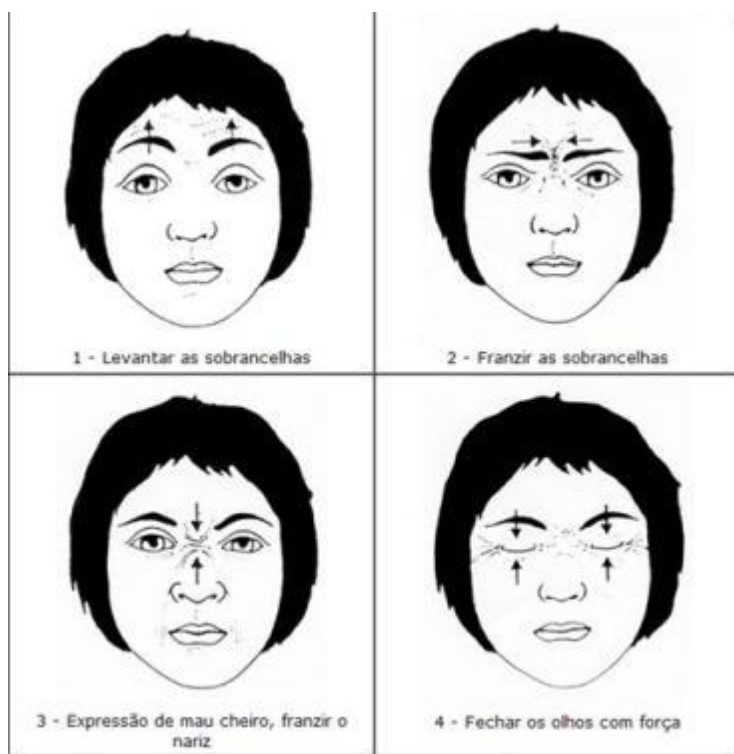
Casa Banho





Fonte: <https://comunicacaoaa.wordpress.com/pecs-sistema-de-comunicacao-por-troca-de-imagens/> acedido em 30/11/2015

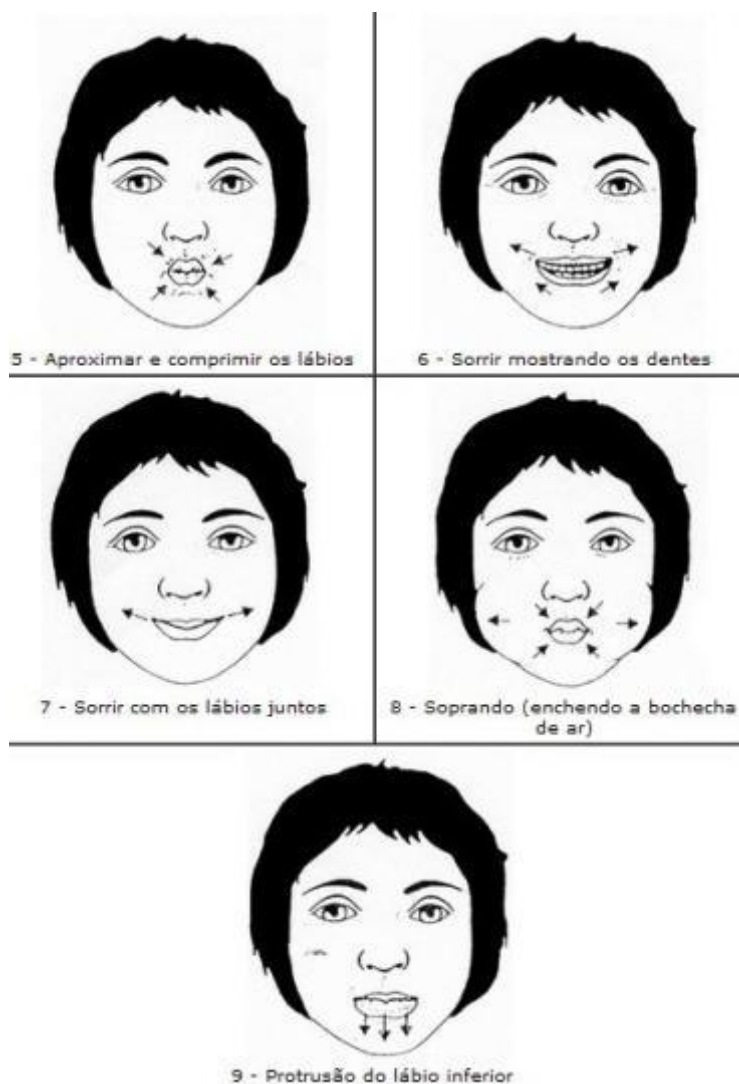
## Apêndice XI – Folha de exercícios de mímica facial



Executar

10 vezes cada movimento

3vezes ao dia



Fonte: <http://paralisiafacalperiferica.webnode.pt>

Apêndice XII – Projeto Melhoria Contínua de Qualidade dos  
Cuidados de Enfermagem

# PROJETO DE MELHORIA CONTINUA DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

██████████ Serviço de Medicina ██████████

Designação do projeto: “Levante precoce *versus* capacidade para andar”

Responsáveis pelo projeto: Dina Peças, ██████████

## 1) Identificação do problema

- Demora no início do primeiro levante;
- Falta de uniformização de procedimentos que definam o levante precoce do doente;

## 2) Perceber o problema

O início precoce de levante é fundamental para a melhoria do estado clínico do doente e para prevenir complicações imediatas e tardias consistindo em transferir o doente acamado para a posição de pé ou sentado.

Uma vez que o repouso prolongado no leito leva a uma perda muscular de 1 a 3% por dia e 10 a 15% da sua força a cada semana, significa que uma pessoa que esteja submetida a uma imobilização de 3 a 5 semanas pode perder metade da sua força muscular (Parada e Pereira, 2003)

Berger e Mailloux-Poirier (1995) apontam ainda como efeitos colaterais da imobilidade prolongada o encurtamento dos músculos, a diminuição da atividade articular bem como a limitação da amplitude de movimentos, levando a destruição de proteínas e subsequente diminuição da produção das mesmas resultando em alterações estruturais e metabólicas do músculo.

Associado a doenças graves, o repouso prolongado afeta, em simultâneo, órgãos e sistemas, como os sistemas musculoesquelético, osteoarticular, cardiorrespiratório, metabólico, gastrointestinal, geniturinário, cutâneo, entre outros, o que contribui para a redução na capacidade funcional e para o aumento do tempo de internamento (Castro, 2013).

Por sua vez, a imobilidade vai repercutir-se na pessoa e no nível socioeconómico levando a um aumento do tempo de internamento, a uma maior

utilização dos recursos, a dependência nas atividades de vida diárias (com maior dependência de terceiros) e, ainda, a necessidade acrescida de suporte familiar e elevados custos sociais (Pinheiro e Christofolletti, 2012).

A ocorrência de fraqueza muscular, consequência da imobilidade, leva a déficit na deambulação e comprometimento do regresso da pessoa ao domicílio. Isso reflete-se nos gastos hospitalares, em que quanto maior o tempo de internamento maior o tempo necessário para a alta hospitalar, logo maiores os gastos com a manutenção da pessoa internada (Castro, 2013).

Moreira (2012) defende que um dos principais objetivos da reabilitação é interferir diretamente no tempo de imobilização no leito, que pode ser afetado por fatores intrínsecos e/ou extrínsecos à pessoa, destacando-se o quadro clínico, o motivo de internamento, a preferência individual por permanecer no leito, a administração de sedação e analgésicos, entre outros.

Os cuidados são realizados pelo enfermeiro, quando as capacidades da pessoa são insuficientes para satisfazer uma determinada necessidade de cuidado ou se perspetive diminuições de habilidades do autocuidado. Esta situação culmina numa relação entre déficit de autocuidado e a intervenção de enfermagem.

Neste sentido, o levante precoce é uma terapia que traz benefícios físicos, psicológicos e evita os riscos da hospitalização prolongada, diminuindo a incidência de complicações, acelerando a recuperação. É, por isso, considerada uma terapia que otimiza a recuperação funcional, particularmente nos primeiros dias de internamento (Castro, 2013).

Por outro lado, perante a sua avaliação clínica, o enfermeiro têm autonomia para iniciar levante tendo por base os seus conhecimentos técnico-científicos, a identificação da problemática do doente, os benefícios, os riscos e os problemas potenciais que podem advir da sua implementação, atuando no melhor interesse da pessoa assistida (intervenção autónoma).

Considerando o contexto multiprofissional e a responsabilidade clínica pelo doente, o enfermeiro tem o dever de agir em complementaridade, informando o médico responsável pelo doente, tão breve quanto possível, sobre as intervenções iniciadas e as alterações do estado de saúde do doente, promovendo a segurança do doente e a continuidade e qualidade de cuidados.

Da mesma forma, a utilização correta dos recursos é essencial para garantir a eficácia do levante, sendo fundamental adequar os tipos de materiais disponíveis ao levante bem como à tolerância do doente e à avaliação contínua da sua eficácia.

### **3) Objetivos**

- Promover o bem-estar e o autocuidado da pessoa;
- Prevenir complicações relacionadas com a imobilidade;
- Melhorar os registos de enfermagem;
- Normalizar os cuidados de enfermagem relativamente ao levante;
- Conhecer o número de doentes a quem foi executado levante precoce;
- Promover ganhos em capacidade para andar nos doentes a quem foi executado levante precoce.

### **4) Perceber as causas**

#### ✓ Dimensão estudada

Efectividade

Eficiência

#### ✓ População alvo

Avaliação de todos os doentes internados no Serviço com critérios para iniciar levante precoce.

#### ✓ Tipo de dados a colher

Resultado:

- Número de doentes com levante precoce realizado (transferir/assistir a pessoa);
- Número de doentes dependentes no transferir-se
- Número de doentes dependentes no deambular
- Número de doentes com conhecimento demonstrado sobre estratégias adaptativas para deambular
- Número de doentes com aprendizagem de capacidades demonstrado para Deambular

✓ Fonte de dados

- Processo clínico;
- Observação.

✓ Tipo de avaliação

- Auditoria Interna: interpares

✓ Critérios de avaliação

CRITÉRIOS	EXCEÇÕES	ESCLARECIMENTOS
Todos os doentes internados.	Doente com contra-indicação clínica para realizar levante.	

✓ Colheita de dados

Enfermeiro responsável pelo projeto através de auditoria aos registos de enfermagem.

✓ Relação temporal

Concorrente e retrospectiva

✓ Seleção da amostra (intencional, não aleatória)

Todos os doentes com indicação de levante precoce no período de 1 Janeiro a 30 Junho de 2016.

## 5) Planear e executar as tarefas/atividades

✓ Intervenção prevista

- Elaboração/Otimização de norma de procedimentos do serviço;
- Através de formação à Equipa: Uniformizar procedimentos sobre levante do doente;

✓ Indicadores a avaliar

- Taxa de levantamentos realizados (transferir/assistir a pessoa);  
(Nº de doentes a quem foi executado levante/nº total de doentes internados X 100)



- Taxa de prevalência de doentes dependentes no transferir-se  
(Nº. de doentes com dependência /Nº total de doentes X 100)
- Taxa de prevalência de doentes dependentes no deambular  
(Nº. de doentes com dependência /Nº total de doentes X 100)
- Ganhos em conhecimentos sobre estratégias adaptativas para deambular  
(Nº de doentes com ganhos conhecimento sobre estratégias adaptativas para deambular / Nº total de doentes dependentes no Deambular x 100)
- Ganhos em aprendizagem de capacidades para Deambular  
(Nº de doentes com ganhos em capacidade para Deambular/ Nº total de doentes dependentes no Deambular x 100)

## **6) Verificar os resultados**

Verificar se os objetivos foram ou não atingidos, através das atividades desenvolvidas e pela monitorização dos indicadores definidos.

## **7) Propor medidas corretivas**

De acordo com a análise dos resultados obtidos.

## **Referências bibliográficas**

- Berger, L., Mailloux-poirier, D. (1995). Cuidados de enfermagem em gerontologia – Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta.
- Castro, J. (2013) A importância da Mobilização Precoce em pacientes Internados na unidade de terapia intensiva (UTI): Revisão de Literatura. Persp. Online: biol.& saúde, Campos dos Goytacazes, 10(3), 15-23, 2013.
- Moreira, R. C. M. (2012) Mobilização Precoce De Pacientes Criticamente Doentes: ensaio clinico aleatorizado. Universidade Federal de Minas Gerais Dissertação de (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Departamentos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte. 2012

- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Inserção de Cateter Epicutâneo. Parecer N.º 161/2009. Conselho de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Artigo 91º. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Parada, F., Pereira, C., (2003), Da imobilidade ao condicionamento ao esforço: imobilidade – bases fisiopatológicas. Geriatria: Lisboa, V15 (153), p.36-45.
- Pinheiro, A. Christofolletti, G. (2012). Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. = Motor physical therapy in hospitalized patients in an intensive care unit: a systematic review. Revista Brasileira terapia intensiva, v 24 (2), p. 188-196.
- Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., Coelho, M., Silva, P., (2011). Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos. 2ª Edição Revista. Administração Central do Sistema de Saúde. Lisboa.

## Apêndice XIII – Norma de Procedimento

<i>Serviço de Medicina</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b> <b>MED – 30XX</b>	
----------------------------	---	--

APROVAÇÃO

<b>ASSUNTO:</b>	Levante do Doente
<b>FINALIDADE:</b>	Uniformizar procedimentos relativos ao levante do doente
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Enfermeiros e Médicos
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Levante; Tratamento; Cuidados

Autor (es)	Dina Peças: [REDACTED]	Data de elaboração	2016.01.17
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	1	Data de Revisão	

## ÍNDICE

---

<b>SIGLAS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>2</b>
<b>DESCRIÇÃO .....</b>	<b>4</b>
1. CRITÉRIOS PARA INICIAR LEVANTE.....	4
1.1. <i>Critérios de Exclusão</i> .....	5
2. EXECUÇÃO DO LEVANTE .....	5
2.1. <i>Orientações Gerais</i> .....	5
2.1.1. Hipotensão ortostática .....	5
2.2. <i>Recursos</i> .....	6
2.3. <i>Procedimento de Levante</i> .....	6
3. REEDUCAÇÃO DA MARCHA.....	7
4. REGISTOS .....	8
5. INDICADORES DE AVALIAÇÃO.....	8
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>8</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>9</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>10</b>
ANEXO 1 – ALGORITMO “LEVANTE PRECOCE <i>VERSUS</i> CAPACIDADE PARA ANDAR” .....	11

## SIGLAS E ABREVIATURAS

---

MED – Medicina

mmHg – Milímetros de Mercúrio

POL – Política

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

## INTRODUÇÃO

---

O repouso prolongado no leito leva a uma perda muscular de 1 a 3% por dia e 10 a 15% da sua força a cada semana, o que significa que uma pessoa que esteja submetida a uma imobilização de 3 a 5 semanas pode perder metade da sua força muscular <sup>5</sup>.

Constituem-se, ainda, como efeitos colaterais da imobilidade prolongada, o encurtamento dos músculos, a diminuição da atividade articular e a limitação da amplitude de movimentos, levando à destruição de proteínas e subsequente diminuição da produção das mesmas, com consequentes alterações estruturais e metabólicas do músculo<sup>6</sup>.

Associado a doenças graves, o repouso prolongado afeta, em simultâneo, órgãos e sistemas, como os sistemas musculoesquelético, osteoarticular, cardiorrespiratório, metabólico, gastrointestinal, geniturinário, cutâneo, entre outros, o que contribui para a redução na capacidade funcional e para o aumento do tempo de internamento<sup>7</sup>.

Por sua vez, a imobilidade vai repercutir-se na pessoa e no nível socioeconómico levando a um aumento do tempo de internamento, a uma maior utilização dos recursos, a dependência nas atividades de vida diárias (com maior dependência de terceiros) e, ainda, a necessidade acrescida de suporte familiar e elevados custos sociais<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Parada, F., Pereira, C., (2003) Da imobilidade ao condicionamento ao esforço: imobilidade – bases fisiopatológicas. Geriatria: Lisboa, 15 (153) 36-45.

<sup>6</sup> Berger, L., Mailloux-poirier, D. (1995) Cuidados de enfermagem em gerontologia – Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta.

<sup>7</sup> Castro, J. (2013) A importância da Mobilização Precoce em pacientes Internados na unidade de terapia intensiva (UTI): Revisão de Literatura. Persp. Online: biol.& saúde, Campos dos Goytacazes, 10(3), 15-23, 2013.

<sup>8</sup> Pinheiro, A. Christofolletti, G. (2012) Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. Revista brasileira terapia intensiva 24 (2), 188-196.

A ocorrência de fraqueza muscular, consequência da imobilidade, leva a défice na deambulação e comprometimento do regresso da pessoa ao domicílio. Isso reflete-se nos gastos hospitalares, em que quanto maior o tempo de internamento maior o tempo necessário para a alta hospitalar, logo maiores os gastos com a manutenção da pessoa internada<sup>9</sup>.

Um dos principais objetivos da reabilitação é interferir diretamente no tempo de imobilização no leito, que pode ser afetado por fatores intrínsecos e/ou extrínsecos à pessoa, destacando-se o quadro clínico, o motivo de internamento, a preferência individual por permanecer no leito, a administração de sedação e analgésicos, entre outros<sup>10</sup>.

O levante é uma terapia que traz benefícios físicos, psicológicos e evita os riscos da hospitalização prolongada, diminuindo a incidência de complicações, acelerando a recuperação. É, por isso, considerada uma terapia que otimiza a recuperação funcional, particularmente nos primeiros dias de internamento<sup>2</sup>.

A implementação do levante tem como objetivos, os seguintes:

- Readaptar o doente à posição de pé ou sentado;
- Prevenir complicações decorrentes da imobilidade;
- Facilitar a interação de papéis e percepção do meio ambiente;
- Treinar o equilíbrio;
- Preparar para o treino de marcha;
- Estimular o padrão respiratório, de mobilidade e de eliminação;
- Prevenir complicações circulatórias e musculoesqueléticas;
- Permitir a deslocação e a realização de atividades;
- Facilitar o relacionamento com os outros e com o meio ambiente;
- Promover conforto e bem-estar.<sup>11 12</sup>

O início precoce de levante é, por isso, fundamental para a melhoria do estado clínico do doente e para prevenir complicações imediatas e tardias através da transferência do doente acamado para a posição sentado ou de pé.

---

<sup>9</sup> Berger, L., Mailloux-poirier, D. (1995) Cuidados de enfermagem em gerontologia – Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta.

<sup>10</sup> Moreira, R. C. M. (2012) Mobilização Precoce De Pacientes Criticamente Doentes: ensaio clínico aleatorizado. Universidade Federal de Minas Gerais Dissertação de Mestrado em Ciências da Reabilitação. Belo Horizonte.

<sup>11</sup> Veiga, Bárbara Soares; Henriques, Eunice; Barata, Fátima; Santos, Fátima; Santos, Isabel Silva; Martins, Maria Manuela; Coelho, Maria Teresa; da Silva, Paula Cannas (2011). Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos. 2ª Edição Revista. Administração Central do Sistema de Saúde. Lisboa.

<sup>12</sup> Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de Boa Prática Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação, Serie 1, nº 7, Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Perante a sua avaliação clínica, o enfermeiro têm autonomia para iniciar levantar o doente, tendo por base os seus conhecimentos técnico-científicos, a identificação da problemática do doente, os benefícios, os riscos e os problemas potenciais que podem advir da sua implementação, atuando no melhor interesse da pessoa assistida (intervenção autónoma)<sup>13 14</sup>.

Considerando o contexto multiprofissional e a responsabilidade clínica pelo doente, o enfermeiro tem o dever de agir em complementaridade, informando o médico responsável pelo doente, tão breve quanto possível, sobre as intervenções iniciadas e as alterações do estado de saúde do doente, promovendo a segurança do doente e a continuidade e qualidade de cuidados<sup>6</sup>.

Da mesma forma, a utilização correta dos recursos é essencial para garantir a eficácia do levantar, sendo fundamental adequar os tipos de materiais disponíveis ao levantar bem como à tolerância do doente e à avaliação contínua da sua eficácia.

## DESCRIÇÃO

---

Esta norma visa a uniformização de procedimentos relativos ao Levante do Doente e operacionaliza a Política (POL) Nº 0149 sobre “Tratamento e cuidados” neste âmbito da prática clínica.

Neste sentido, identificam-se os critérios para iniciar o Levante e as exceções à sua execução.

Este procedimento constitui-se como um instrumento de orientação clínica de enfermagem sobre o levantar do doente, visando atingir ganhos em capacidade da pessoa para o autocuidado, em particular no deambular.

### 1. CRITÉRIOS PARA INICIAR LEVANTE

O levantar é um procedimento implementado pelo enfermeiro e planeado de forma autónoma. Compete ao Enfermeiro tomar a decisão sobre a sua execução, respeitando o código deontológico (Artigo 91.º)<sup>15</sup> e tendo sempre em atenção o superior interesse do doente, do Serviço e da Instituição.

O doente deve iniciar levantar logo que não apresente contra-indicações clínicas e/ou prescrição médica em contrário.

---

<sup>13</sup> Ordem dos Enfermeiros (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

<sup>14</sup> Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

<sup>15</sup> Ordem dos Enfermeiros (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Artigo 91º. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.



## **Crítérios de Exclusão**

Constituem-se como critérios de exclusão para o início de levante, a existência de contra-indicações clínicas e/ou prescrição médica em contrário.

## **2. EXECUÇÃO DO LEVANTE**

O levante consiste no modo como se transfere o doente acamado para a posição de pé ou sentado sendo identificado como estratégia terapêutica para melhorar a funcionalidade da pessoa e acelerar o regresso ao quotidiano<sup>16</sup>.

### **2.1. Orientações Gerais**

Constituem-se orientações gerais para a realização de Levante, as seguintes:

- Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados;
- Incentivar o doente a mobilizar os membros inferiores para aumentar a tonicidade muscular e melhorar o retorno venoso;
- Se indicado, calçar meias de contenção elásticas;
- Mobilizar o doente para que se sinta seguro, usando movimentos firmes;
- Observar alterações do fâcies do doente e agir em conformidade;
- Executar o levante de acordo com a tolerância do doente, facilitando um tempo de espera entre cada movimento;
- Garantir o vestuário e calçado adequado para o levante: pijama (com calças) e calçado fechado e antiderrapante<sup>17</sup>.

#### *2.1.1. Hipotensão ortostática*

A hipotensão ortostática é um quadro que surge associado à mudança de decúbito para o ortostatismo, sendo caracterizada pela diminuição da tensão arterial sistólica de valor igual ou superior

---

<sup>16</sup> Pinheiro, A. Christofoletti, G. (2012) Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. Revista brasileira terapia intensiva 24 (2), 188-196.

<sup>17</sup> Veiga, Bárbara Soares; Henriques, Eunice; Barata, Fátima; Santos, Fátima; Santos, Isabel Silva; Martins, Maria Manuela; Coelho, Maria Teresa; da Silva, Paula Cannas (2011). Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos. 2ª Edição Revista. Administração Central do Sistema de Saúde. Lisboa.

a **20 mmHg** e/ou diminuição da tensão diastólica igual ou superior a **10 mmHg** nos três minutos seguintes à passagem da posição de decúbito à posição ortostática<sup>18</sup>.

Quando se planeia o primeiro levante após um período de imobilidade, no que diz respeito à população idosa, este fator adquire uma dimensão que não pode ser descorada, pelo que é fundamental ter em consideração a execução do mesmo.

## 2.2. Recursos

Identificam-se os seguintes recursos passíveis de utilização para realizar Levante:

- Monitor de Sinais Vitais;
- Cadeira de rodas ou cadeirão;
- Almofadas para posicionamento, se necessário;
- Mesa de apoio ou superfície de trabalho, se necessário;
- Dispositivos de compensação, se necessário: tábua de transferência, tábua giratória, cinto de transferência;
- Meias de contenção elásticas, se necessário;
- Elevador, se necessário.

## 2.3. Procedimento de Levante

Ações de Enfermagem	Justificação
1. Providenciar os recursos para junto do doente	1. Gerir tempo
2. Lavar/Desinfetar as mãos	2. Prevenir a contaminação
3. Instruir o doente sobre o procedimento	3. Encorajar o doente a ser independente de modo a promover o auto cuidado
4. Monitorizar os sinais vitais do doente antes do levante	4. Obter valores de referência
5. Elevar gradualmente a cabeceira da cama até atingir mais ou menos 90°	5. Diminuir os sinais e sintomas de intolerância à posição ortostática
6. Manter a elevação até se considerar necessário	6. Permitir a adaptação do doente à nova posição e a estabilização dos parâmetros vitais
7. Avaliar novamente a frequência cardíaca e a tensão arterial	7. Detectar precocemente alterações dos parâmetros vitais

<sup>18</sup> Sathyapalan, T., Atkin, SL. (2011) Postural hypotension, BMJ: UK. Doi: 10.1136/bmj.d3128.

8. Assistir o doente a sentar-se na cama com os membros inferiores pendentes e apoiá-los posteriormente	8. Adaptar o doente à nova posição
9. Transferir ou assistir o doente adequando os recursos de acordo com o seu estado de saúde	
10. Avaliar a frequência cardíaca e a tensão arterial após o levantar	10. Vigiar a tolerância do doente ao levantar
11. Avaliar o bem-estar do doente	11. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem
12. Assegurar a recolha e arrumação do material	
13. Lavar as mãos	13. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos <sup>19</sup>

### 3. REEDUCAÇÃO DA MARCHA

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assenta na aprendizagem de capacidades motoras, nomeadamente no âmbito da manutenção da força muscular, da coordenação motora, do padrão de marcha, estabilidade postural, tolerância ao esforço, amplitude articular e função proprioceptiva<sup>20</sup>, levando a que se capacite a pessoa de forma a favorecer a funcionalidade.

Ao iniciar-se o treino de deambulação são estabelecidas metas realistas em ambiente seguro, havendo necessidade da pessoa apresentar equilíbrio estático de pé, o que exige uma avaliação precoce do momento certo para se iniciar este treino. Quando este equilíbrio não se mostra presente o EEER pode sempre recorrer aos produtos de apoio<sup>21</sup>.

A seleção do produto de apoio é feita com base na situação clínica, na idade e no grau de dependência do doente e deve obedecer a critérios clínicos e ao grau de colaboração que a pessoa pode dar. Devem ser ajustados em altura, de modo a que quando se seguram as pegas os cotovelos façam um ângulo de 25 a 30° de flexão.

Os tipos de produtos de apoio, mais comuns são: muleta (axilar e canadiana), bengala, pirâmide (tripé e quadripé) e andarilho.

<sup>19</sup> Veiga, Bárbara Soares; Henriques, Eunice; Barata, Fátima; Santos, Fátima; Santos, Isabel Silva; Martins, Maria Manuela; Coelho, Maria Teresa; da Silva, Paula Cannas (2011). Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos. 2ª Edição Revista. Administração Central do Sistema de Saúde. Lisboa.

<sup>20</sup> Ordem dos Enfermeiros (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

<sup>21</sup> Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de Boa Prática Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação, Serie 1, nº 7, Ordem dos Enfermeiros: Lisboa

Ensinar, instruir e treinar a pessoa sobre a técnica a executar, bem como assistir e supervisionar o procedimento, garante segurança e previne acidentes.

#### **4. REGISTOS**

O enfermeiro deve registar fielmente as observações e intervenções realizadas no sistema de informação em enfermagem, garantindo a continuidade e a avaliação sistemática dos cuidados de enfermagem.

No sistema de informação em enfermagem devem estar visíveis os seguintes dados relativos a este procedimento: data e hora da execução; diagnósticos de enfermagem associados; intervenções de enfermagem associadas aos diagnósticos e os resultados obtidos.

#### **5. INDICADORES DE AVALIAÇÃO**

Constituem-se como indicadores de avaliação da intervenção do enfermeiro relativamente ao levantar do doente e reeducação da marcha, os seguintes:

- Taxa de levantes realizados (transferir/assistir a pessoa);  
$$\text{N}^\circ \text{ de doentes a quem foi executado levante} / \text{n}^\circ \text{ total de doentes internados} \times 100$$
- Taxa de prevalência de doentes dependentes no transferir-se  
$$\text{N}^\circ \text{ de doentes com dependência} / \text{N}^\circ \text{ total de doentes} \times 100$$
- Taxa de prevalência de doentes dependentes no deambular  
$$\text{N}^\circ \text{ de doentes com dependência} / \text{N}^\circ \text{ total de doentes} \times 100$$
- Ganhos em conhecimentos sobre estratégias adaptativas para deambular  
$$\text{N}^\circ \text{ de doentes com ganhos em conhecimento sobre estratégias adaptativas para deambular} / \text{N}^\circ \text{ total de doentes dependentes no Deambular} \times 100$$
- Ganhos em aprendizagem de capacidades para deambular  
$$\text{N}^\circ \text{ de doentes com ganhos em capacidade para Deambular} / \text{N}^\circ \text{ total de doentes dependentes no Deambular} \times 100$$

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Esta norma respeita integralmente a política de gestão documental, é divulgada pelos meios disponíveis, em conformidade com as políticas de comunicação do Serviço e da Instituição.

É do conhecimento da equipa de enfermagem e contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

É revista obrigatoriamente de três em três anos e atualizada sempre que surjam alterações ou recomendações que o justifiquem.

## REFERÊNCIAS

---

- Berger, L., Mailloux-poirier, D. (1995) Cuidados de enfermagem em gerontologia – Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta.
- Breia, A.P.; Rodrigues, A.T.; Quintãos, M.; Rocha, M.C. (2011). Política de Gestão Documental 0100 – Estratégias, Políticas, Procedimentos e Outros. Hospital Garcia de Orta.
- Caspe Healthcare Knowledge Systems (2013). Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde.
- Castro, J. (2013) A importância da Mobilização Precoce em pacientes Internados na unidade de terapia intensiva (UTI): Revisão de Literatura. Persp. Online: biol.& saúde, Campos dos Goytacazes, 10(3), 15-23, 2013.
- Hospital Garcia de Orta (HGO) (2012). Política (POL) Nº 0149 – Tratamentos e Cuidados.
- Moreira, R. C. M. (2012) Mobilização Precoce De Pacientes Criticamente Doentes: ensaio clínico aleatorizado. Universidade Federal de Minas Gerais Dissertação de Mestrado em Ciências da Reabilitação. Belo Horizonte.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Artigo 91º. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de Boa Prática Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação, Serie 1, nº 7, Ordem dos Enfermeiros:Lisboa
- Parada, F., Pereira, C., (2003) Da imobilidade ao recondicionamento ao esforço: imobilidade – bases fisiopatológicas. Geriatria: Lisboa, 15 (153) 36-45.

Pinheiro, A. Christofletti, G. (2012) Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. Revista brasileira terapia intensiva 24 (2), 188-196.

Sathyapalan, T., Atkin, SL. (2011) Postural hypotension, BMJ: UK. Doi: 10.1136/bmj.d3128.

Veiga, Bárbara Soares; Henriques, Eunice; Barata, Fátima; Santos, Fátima; Santos, Isabel Silva; Martins, Maria Manuela; Coelho, Maria Teresa; da Silva, Paula Cannas (2011). Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos. 2ª Edição Revista. Administração Central do Sistema de Saúde. Lisboa.

## **ANEXOS**

---

### **ANEXO 1 – Algoritmo “Levante Precoce *versus* Capacidade para Andar”**

## ANEXO 1 – ALGORITMO “LEVANTE PRECOCE *VERSUS* CAPACIDADE PARA ANDAR”

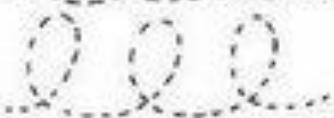
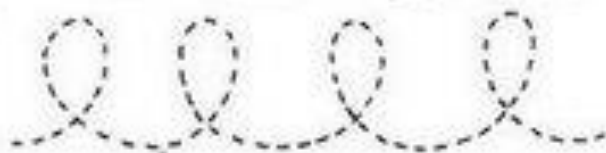


**ANEXOS**

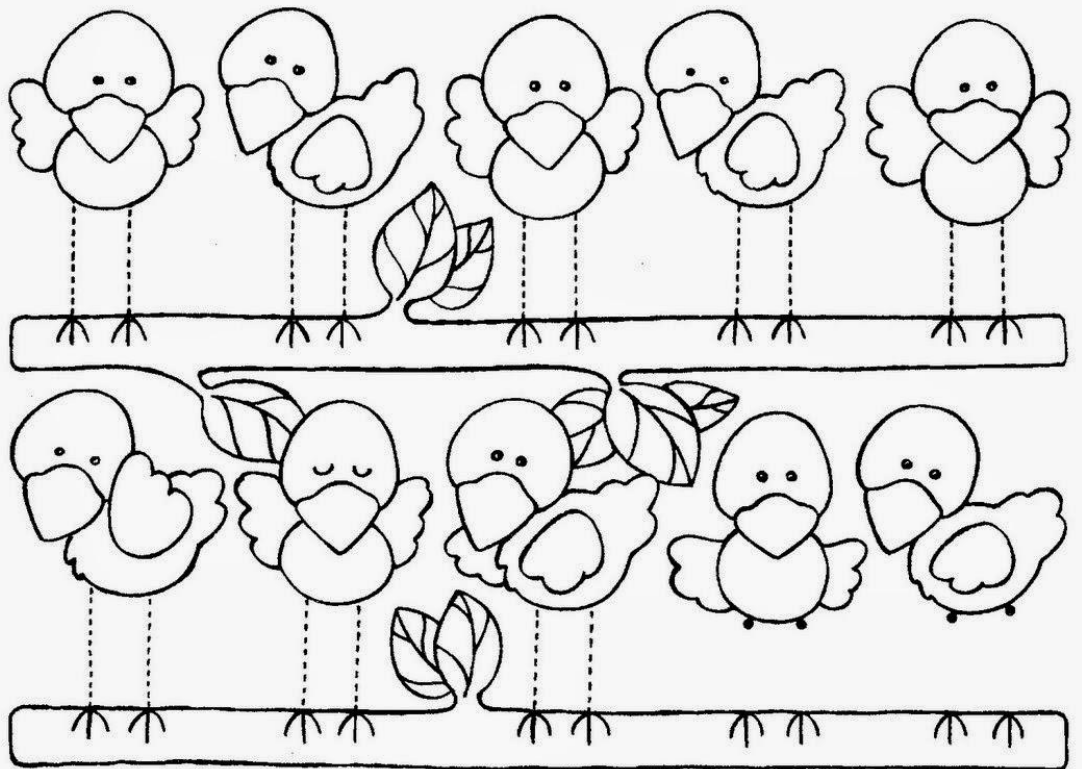


## Anexo I – Exercícios de Coordenação Motora

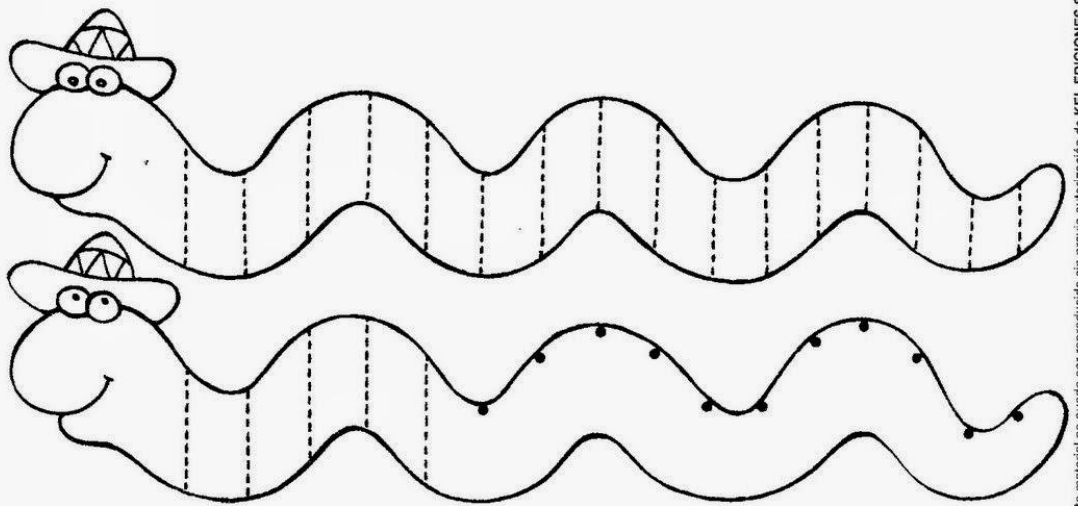
Encontre a letra e depois venha  
comigo fazer piruletas!



- DIBUJA LAS PATAS DE LOS PAJARITOS PARA QUE PUEDAN PARARSE EN LAS RAMAS.

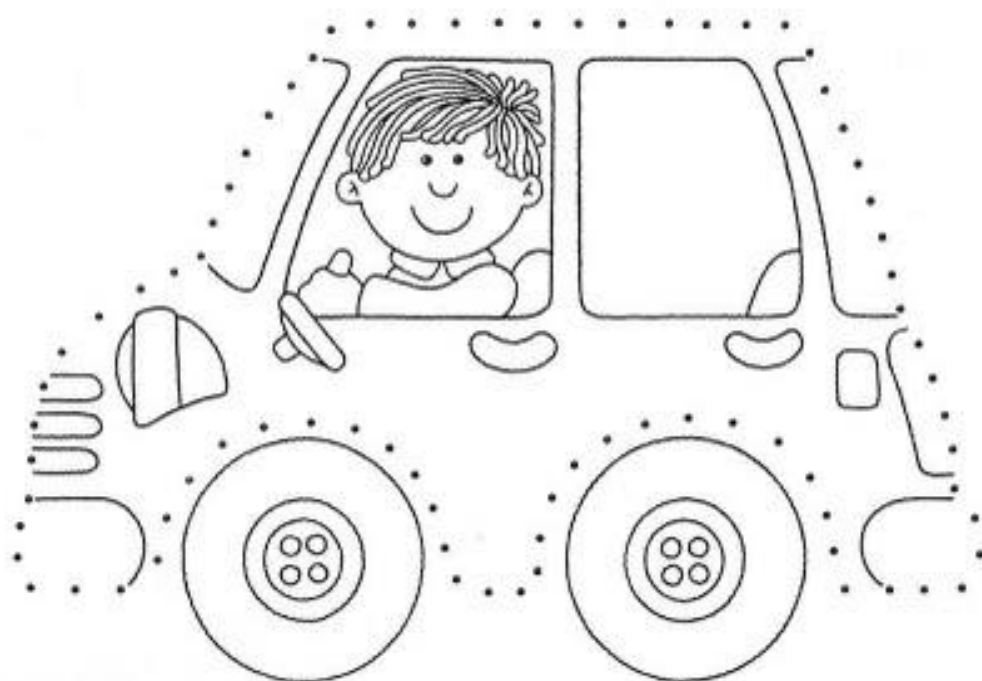
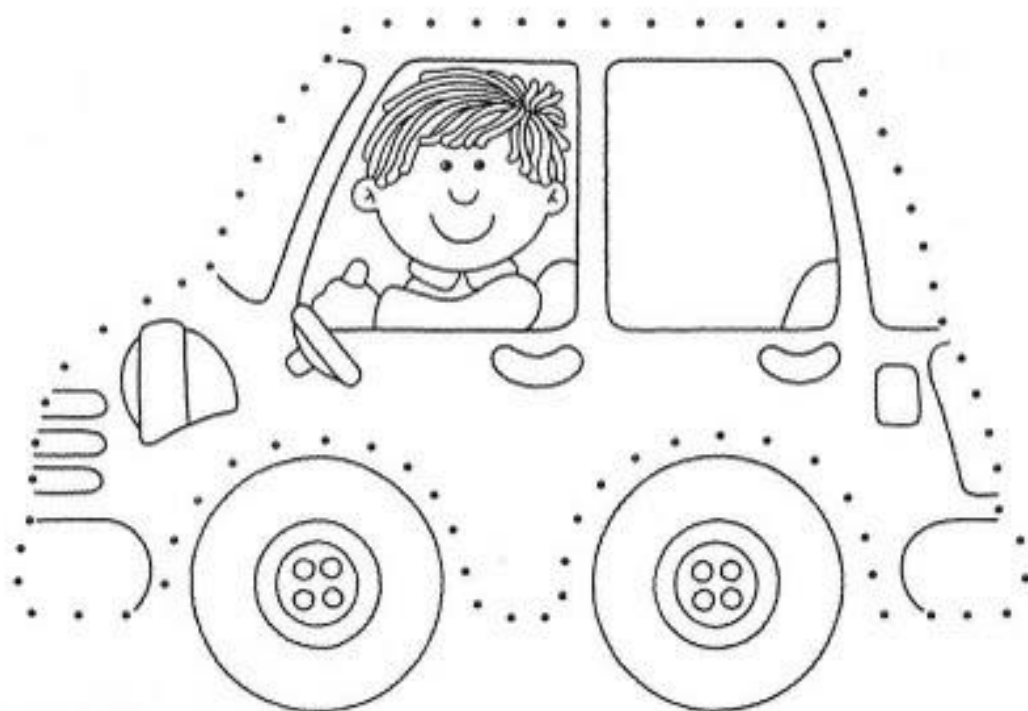


- COMPLETA LAS VÍBORAS. COLORÉALAS ALTERNANDO DOS COLORES.



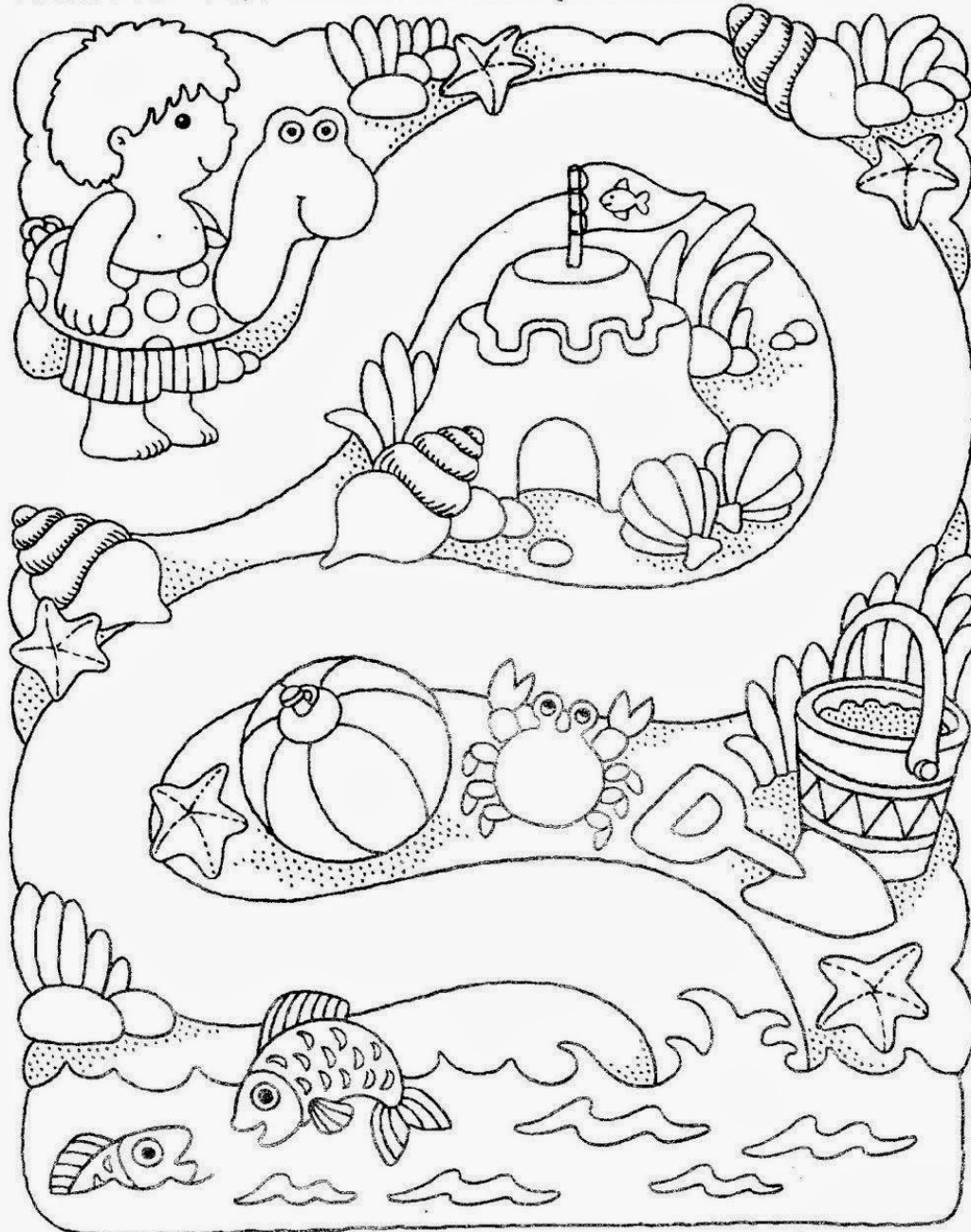
Este material no puede ser reproducido sin previa autorización de KEL EDICIONES S.A.

GRAFIMANÍA 1



### ¡AL AGUA PATO!

- SEÑALA CON ROJO EL CAMINO DEL PIE DERECHO HASTA LLEGAR AL MAR.
- SEÑALA CON AZUL EL CAMINO DEL PIE IZQUIERDO.
- COLOREA EL JUGUETE QUE ESTÁ A LA IZQUIERDA DEL CANGREJO.
- COLOREA LOS PECES, CARACOLES Y ESTRELLAS QUE ENCUENTRES.



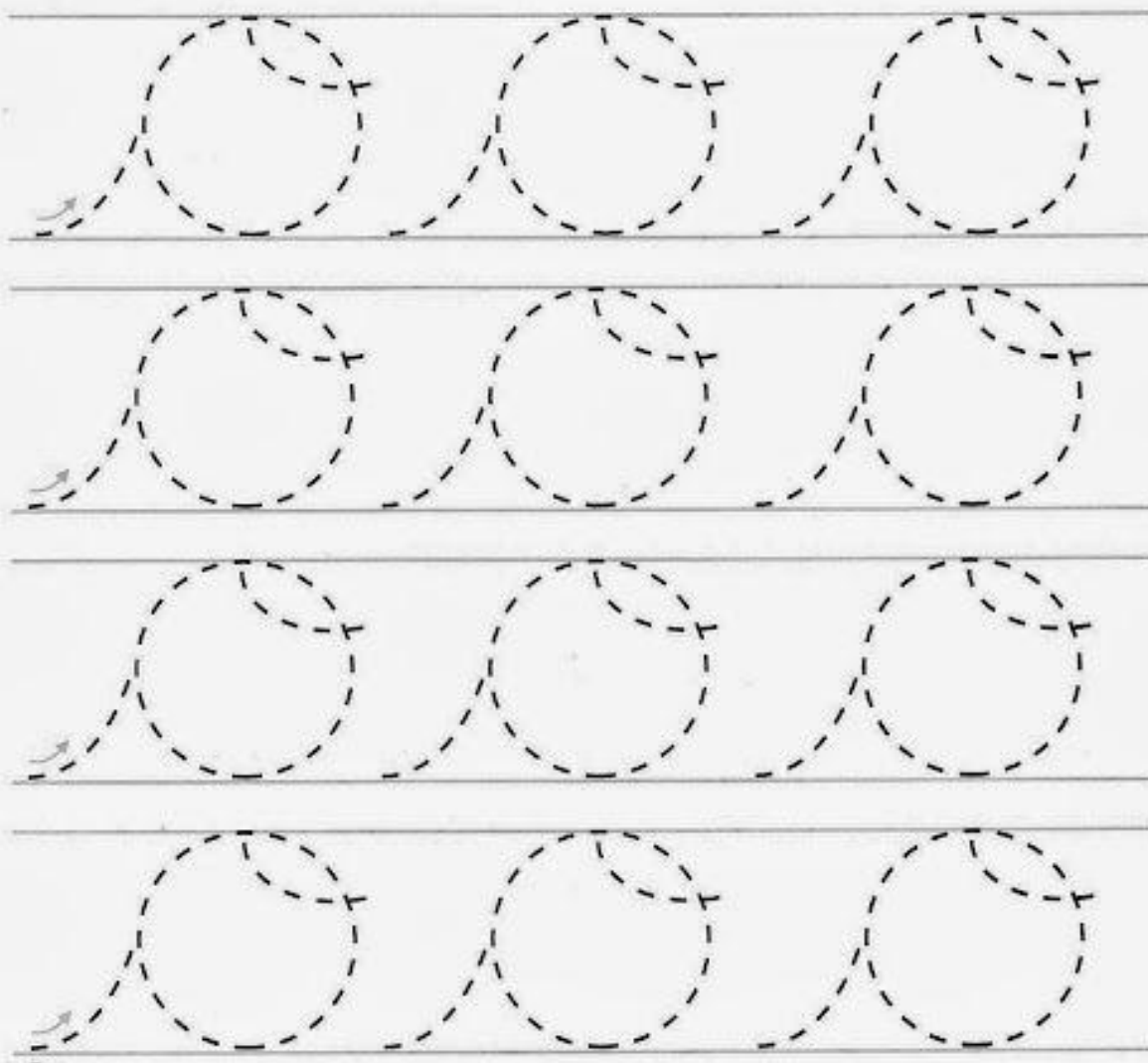
Este material no puede ser reproducido sin previa autorización de KEL EDICIONES S.A.

GRAFIMANIA

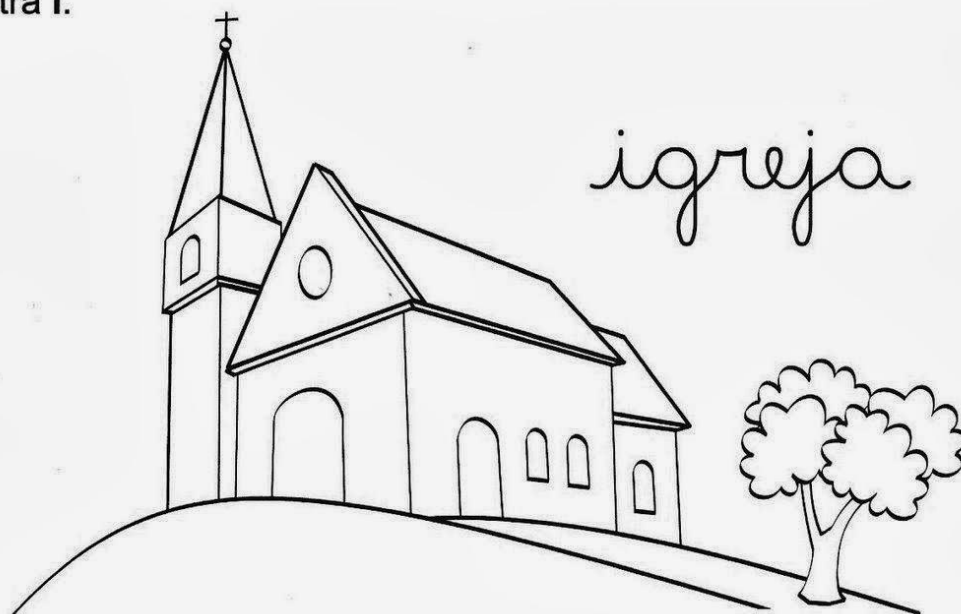
Cantando, faça a letra o!

Veja, veja, amiguinho,  
Como sou bonitinho!  
Eu sou todo redondinho  
Pareço uma bolinha!

(Música – "A canoa virou")

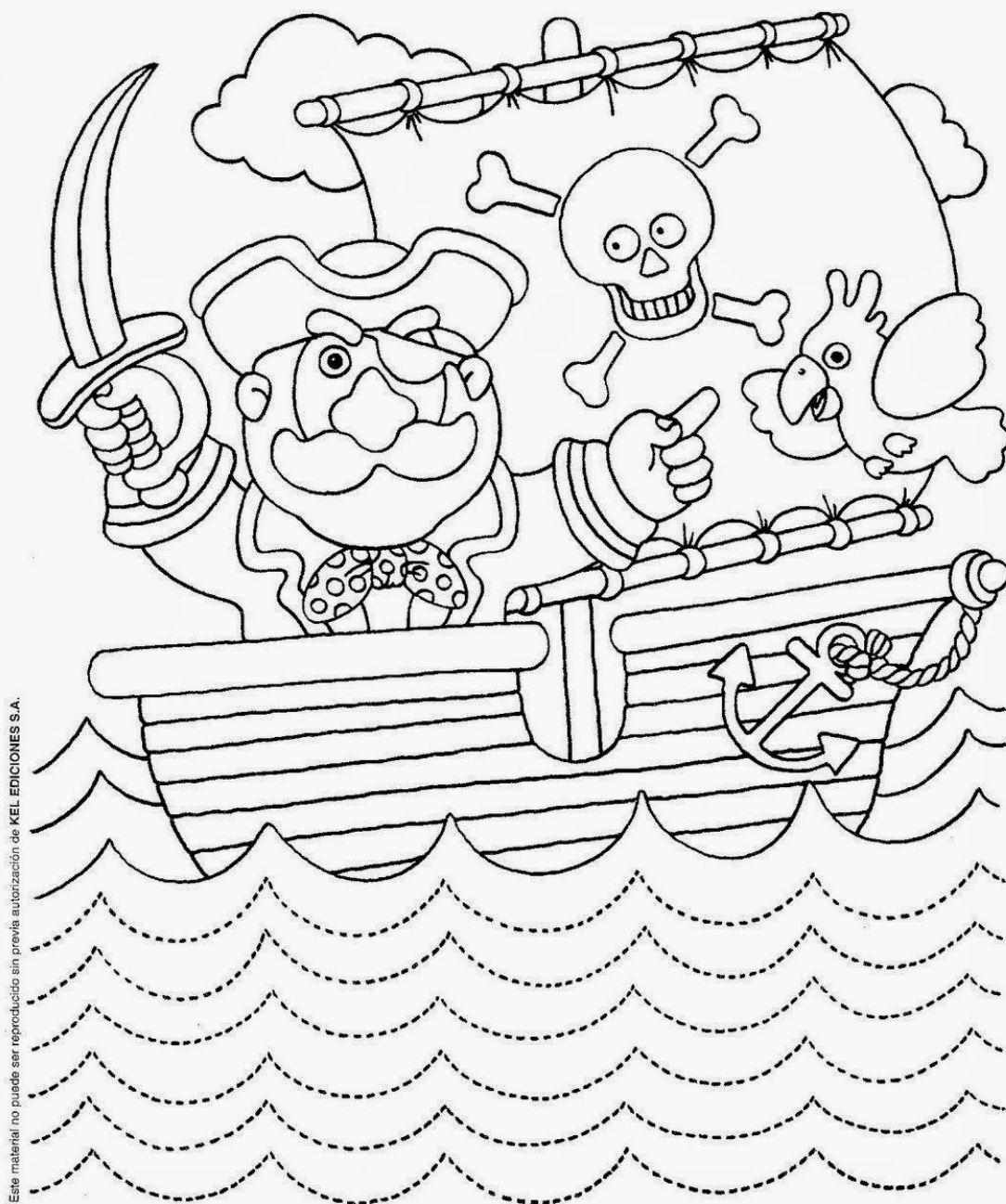


Complete as letras. Depois, pinte a igreja e os quadrinhos onde tem a letra i.




### UN PIRATA EN ALTA MAR

- DELINEA LAS OLAS DEL MAR.
- COLOREA EL PIRATA Y SU GALEÓN.

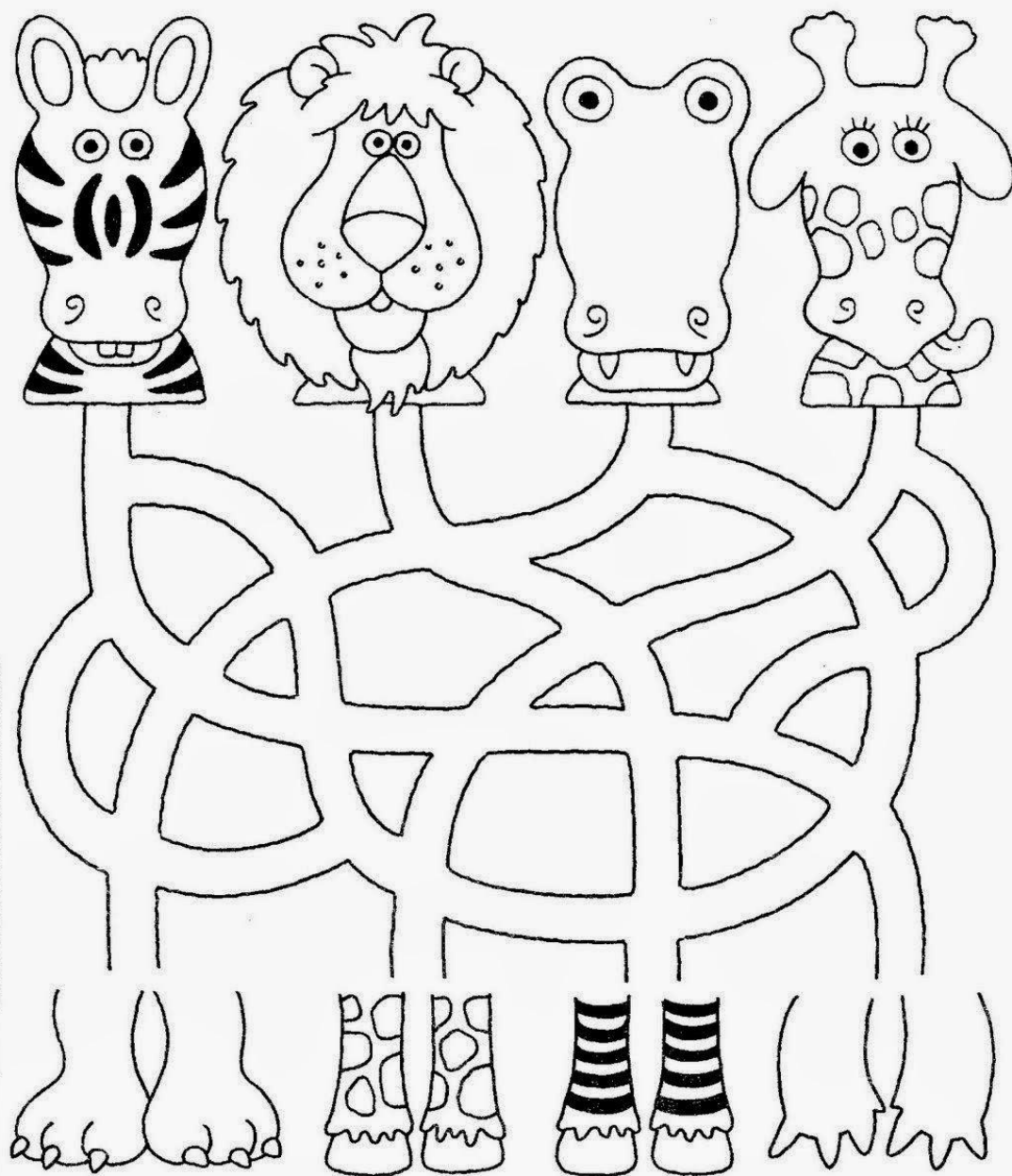


Este material no puede ser reproducido sin previa autorización de KEL EDICIONES S.A.



**¡QUÉ ANIMALES TAN DISTRAÍDOS!**

- UNE CADA ANIMAL CON SUS RESPECTIVAS PATAS.
- COLOREA LA PATA DERECHA DE CADA ANIMAL.

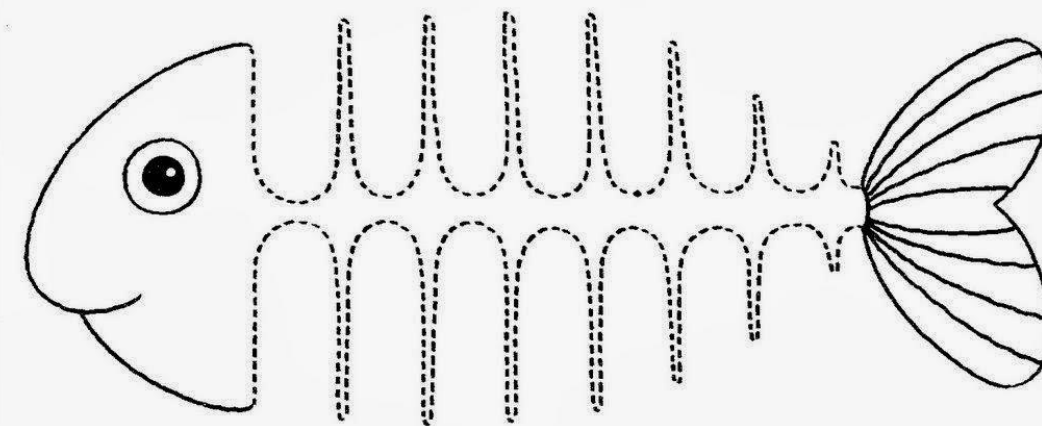
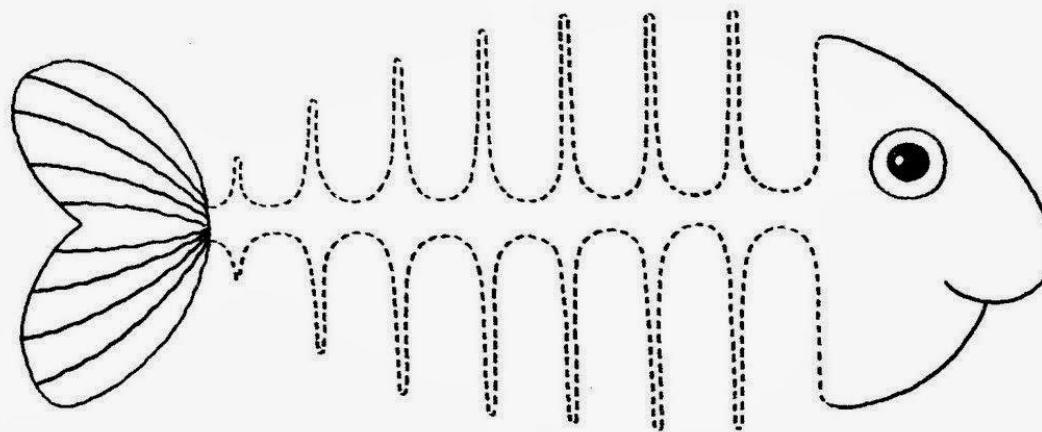
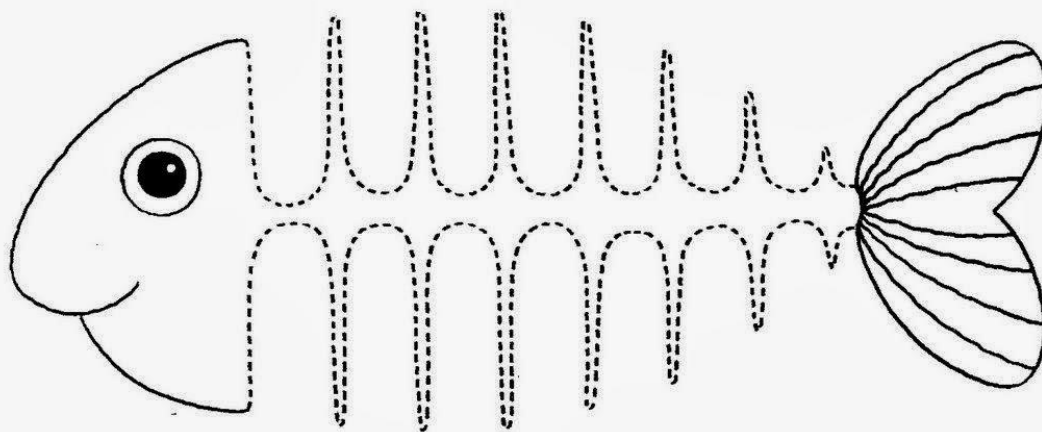


Este material no puede ser reproducido sin previa autorización de KEL EDICIONES S.A.

GRAFIMANÍA 2

**¿QUIÉN SE COMIÓ EL PESCADO?**

- DELINEA LAS ESPINAS DE CADA UNO.
- COLOREA LAS ALETAS ALTERNANDO COLORES.

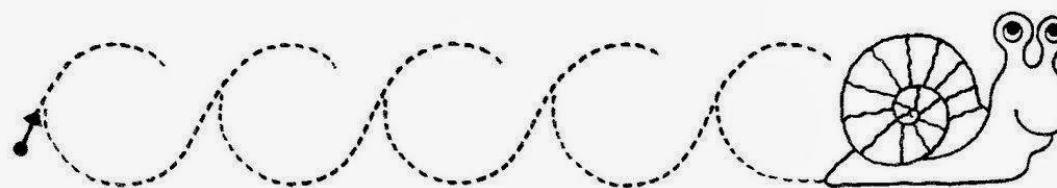
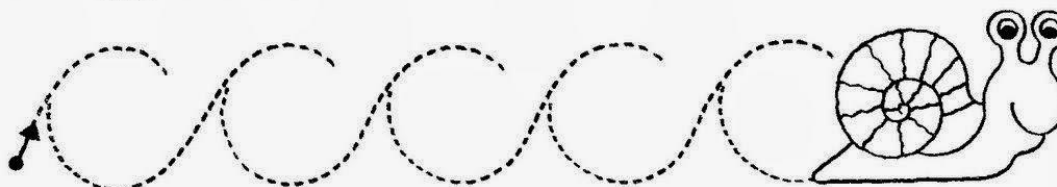
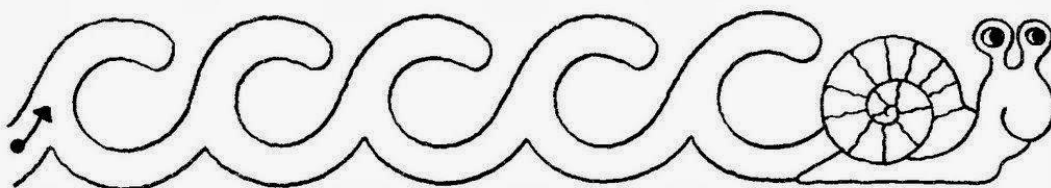
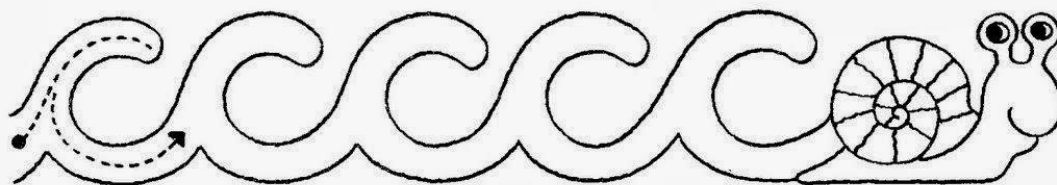


Este material no puede ser reproducido sin previa autorización de KEL EDICIONES S.A.

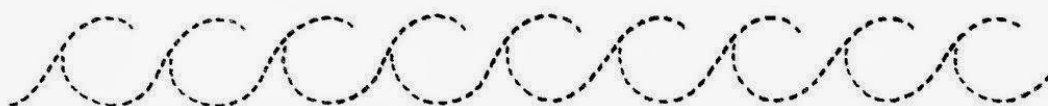
GRAFIMANÍA 2

### LOS CAMINOS DEL CARACOL

- RECORRE CADA CAMINO VARIAS VECES CON TU DEDO ÍNDICE.
- TRAZA UNA LÍNEA SIGUIENDO TODO EL RECORRIDO.



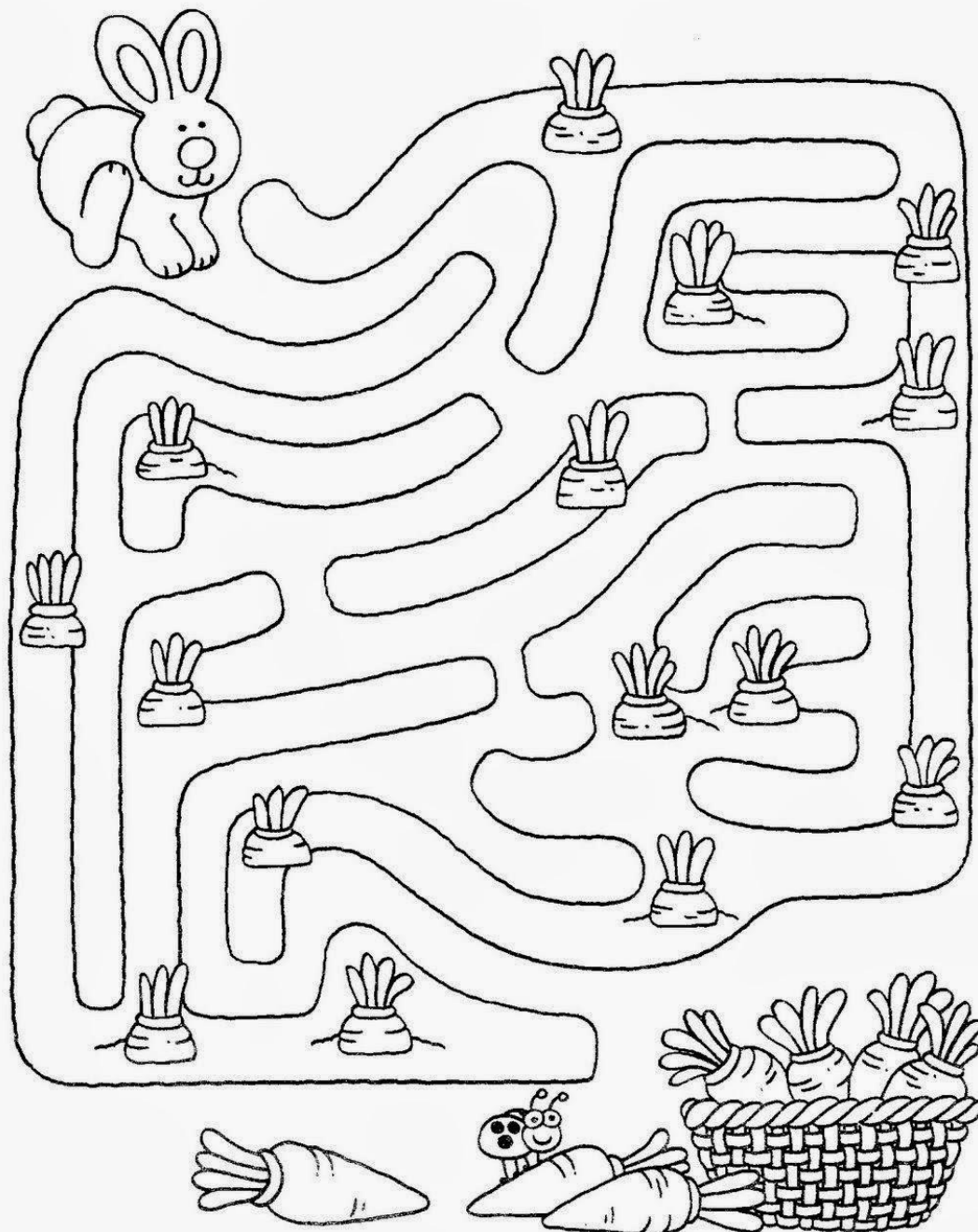
- DELINEA Y COMPLETA.



GRAFIMANIA 2

### UN CONEJITO HAMBRIENTO

- AYUDA AL CONEJITO A LLEGAR AL CANASTO DE ZANAHORIAS MARCANDO EL CAMINO CORRECTO.
- COLOREA LAS ZANAHORIAS QUE ESTÁN AFUERA DEL CANASTO.

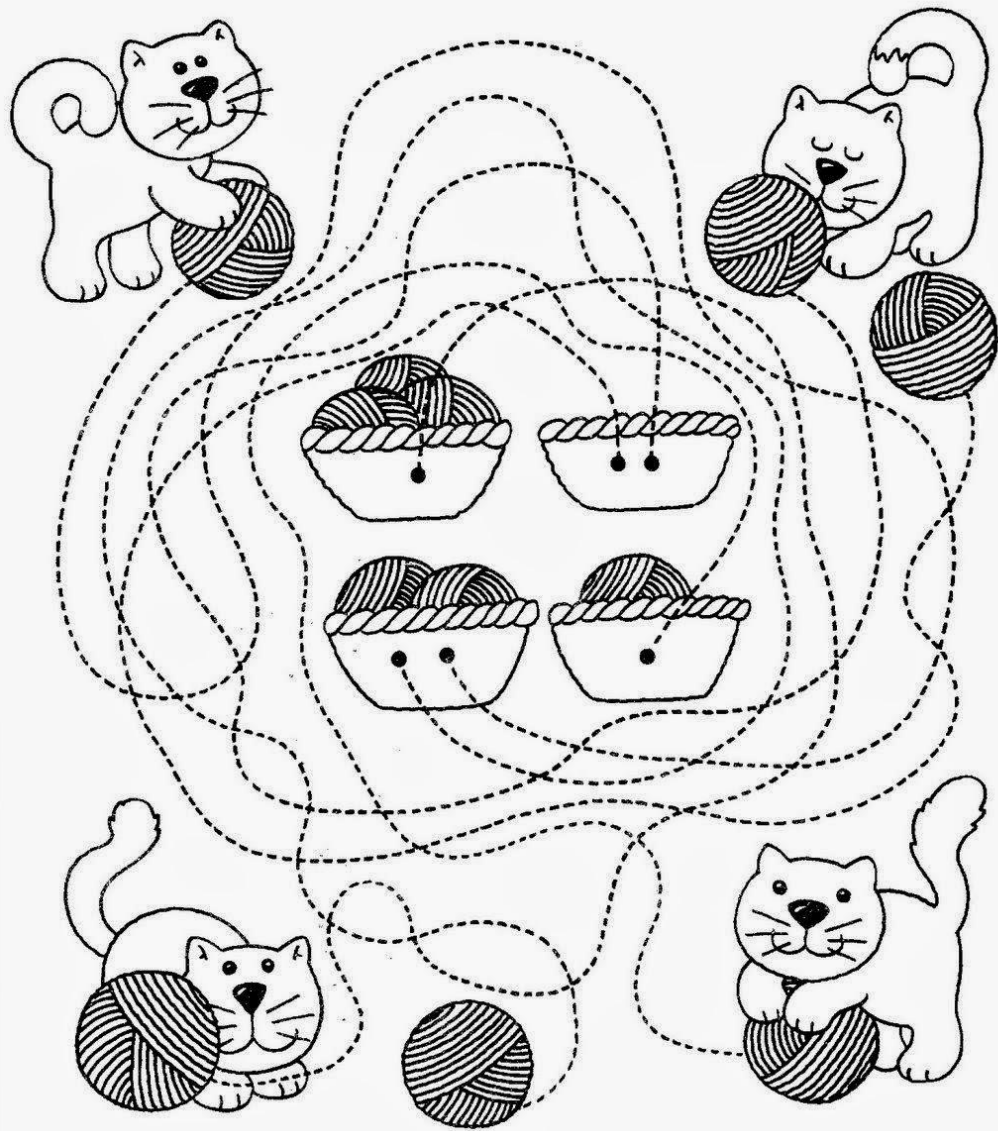


Este material no puede ser reproducido sin previa autorización de KEL EDICIONES S.A.

GRAFIMANIA

### GATOS TRAVIESOS

- DESCUBRE DE QUÉ CANASTO SALIÓ CADA OVILLO Y PINTA AMBOS DEL MISMO COLOR.
- COLOREA DE COLOR NARANJA LOS GATOS QUE ESTÁN SOBRE LOS OVILLOS.
- COLOREA DE COLOR GRIS LOS QUE ESTÁN DETRÁS DE LOS OVILLOS.



Este material no puede ser reproducido sin previa autorización de KEL EDICIONES S.A.

GRAFIMANIA 2